

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Avril 2020 / April 2020

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 9 **La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2019**
Adjerad R.
- 9 **Interaction Of The Labor Market And The Health Insurance System: Employer-Sponsored, Individual, And Public Insurance**
Aizawa N. et Fu C.
- 9 **Rapport statistique du CLEISS. Exercice 2018**
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
- 10 **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bilan du dispositif**
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire
- 10 **Simplifying And Improving The Performance Of Risk Adjustment Systems**
McGuire T. G., Zink A. L. et Rose S.

Démographie

Demography

- 11 **Bilan démographique 2019. Chiffres détaillés**
Institut national de la statistique et des études économiques

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

- 11 **Garantir un numérique inclusif : les réponses apportées par les opérateurs de la protection sociale**
Burnel P., Mejane J. et Rouzier-Deroubaix A.
- 11 **Maintien à domicile : Vers plateformes numériques de services**
Caisse des dépôts et consignations

- 12 **E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans**
Chaput H., Monziols M., Ventelou B., et al.
- 12 **Communication : une stratégie européenne pour les données**
Commission Européenne
- 12 **Le dossier pharmaceutique**
Cour des comptes
- 13 **Bringing Health Care To The Patient: An Overview Of The Use Of Telemedicine In OECD Countries**
Hashiguchi T.C.O.
- 13 **Health Data Hub. Plan Stratégique 2019-2022**
Health Data Hub

Économie de la santé

Health Economics

- 13 **Consommation, épargne et recours au crédit des retraités**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 13 **The Effects Of E-Cigarette Taxes On E-Cigarette Prices And Tobacco Product Sales: Evidence From Retail Panel Data**
Cotti C. D., Courtemanche C. J., Maclean J. C., et al.
- 14 **L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients**
Cour des Comptes
- 14 **Long Term Care Insurance With State-Dependent Preferences**
De Donder P. et Leroux M. L.
- 14 **Alternative Demography-Based Projection Approaches For Public Health And Long-Term Care Expenditure**
Lassila J. et Valkonen T.
- 15 **Facturation des téléconsultations et téléexpertise en établissement de santé**
Ministère chargé de la Santé

- 15 **Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger : bibliographie thématique**
Safon M. O.

État de santé Health Status

- 16 **Time Spent Exercising And Obesity: An Application Of Lewbel's Instrumental Variables Method**
Courtemanche C. J., Pinkston J. C. et Stewart J.
- 16 **Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 16 **Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 17 **Vivre avec une maladie neuro-évolutive : enjeux éthiques et sociétaux**
Hirsch E. et Brugeron P. E.
- 17 **WHO Global Report On Trends In Prevalence Of Tobacco Use 2000-2025**
Organisation Mondiale de la Santé
- 17 **WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2019: Offering Help To Quit Tobacco Use**
Organisation Mondiale de la Santé
- 17 **Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018**
Palle C.
- 18 **Exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail et au domicile entre 2014 et 2018 : résultats du baromètre de Santé publique France**
Quatremere G., Pasquereau G., Guignard R., et al.

Géographie de la santé Geography of health

- 18 **How To Attract Physicians To Underserved Areas? Policy Recommendations From A Structural Model**
Costa F., Nunes L., Sanches F., et al.

- 18 **En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population**
Legendre B.
- 19 **Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France**
Lucas-Gabrielli V. et Mangeney C.
- 19 **Rapport d'information sur les déserts médicaux**
Maurey H. et Longeot J. F.

Handicap Disability

- 20 **HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap**
Bourgarel S.
- 20 **Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes : rapport du groupe 2 de la conférence nationale du handicap 2018-2019**
Conférence Nationale du Handicap
- 20 **Plus simple la vie » : 113 propositions pour simplifier le parcours administratif des personnes en situation de handicap**
Taquet A. et Serres J. F.

Hôpital Hospitals

- 21 **Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 21 **Does The Marginal Hospitalization Save Lives? The Case Of Respiratory Admissions For The Elderly**
Currie J. et Slusky D.
- 21 **Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**
Dagorn C., Giorgi D., Meunier A., et al.
- 21 **Urgences et soins non programmés : dossier documentaire**
Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

- 22 **Rapport pour un pacte de refondation des urgences**
Mesnier T. et Carli P.

- 22 **Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires**
Seimandi T.

Inégalités de santé *Health inequalities*

- 23 **Developmental Origins Of Health Inequality**
Conti G., Mason G. et Poupakis S.
- 23 **College Access And Adult Health**
Cowan B. W. et Tefft N.
- 23 **Migrations, vulnérabilités et santé mentale : Dossier bibliographique**
Culture et Santé
- 24 **Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés**
Haut Conseil de LA Santé Publique
- 24 **Trends In Health And Mortality Inequalities In The United States**
Hudomiet P., Hurd M. D. et Rohwedder S.
- 24 **Mortality By Socio-Economic Class And Its Impact On The Retirement Schemes: How To Render The Systems Fairer?**
Jijie A. S., Alonso-Garcia J. et Arnold S.

Médicament *Pharmaceuticals*

- 25 **L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)**
Cour des Comptes
- 25 **Drug Firms' Payments And Physicians' Prescribing Behavior In Medicare Part D**
Carey C., Lieber E. M. J. et Miller S.
- 26 **Effect Of Prescription Opioids And Prescription Opioid Control Policies On Infant Health**
Ziedan E. et Kaestner R.

Méthodologie-statistiques *Methodology-Statistics*

- 26 **In Praise Of Confidence Intervals**
Romer D.
- 26 **Le repérage des maladies et du handicap dans les bases médico-administratives**
Safon M. O.

Politique publique *Public Policy*

- 27 **Vingt ans d'évaluations d'impact en France et à l'étranger - Analyse comparée des pratiques dans six pays**
Baiz A., Bono P. H., Debu S., et al.
- 27 **Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes. 2 tomes**
Cour des Comptes
- 27 **L'évaluation des politiques publiques en France**
Desplatz R. et Lacouette-Fougere C.
- 27 **Mission Haute fonction publique : propositions**
Thiriez F., Meaux F. et Lagneau C.

Politique de santé *Health Policy*

- 28 **Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. 2 volumes**
Bohic N., Fellingier F., Saie M., et al.
- 28 **Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide du parcours de soins**
Haute Autorité de Santé
- 29 **Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS**
Giorgi D., Poiret C. et Yeni I.

Psychiatrie

Psychiatry

- 29 **Mental Health Statistics For England: Prevalence, Services And Funding**
Baker C.
- 29 **Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution**
Emmanuelli J. et Schechter F.
- 30 **Mental Health Policy In England**
Parkin E. et Powell T.

Sociologie

Sociology

- 30 **Being Mortal : Illness, Medicine, And What Matters In The End**
Gawande A.

Soins de santé primaires

Primary health care

- 30 **Recruitment And Retention Of The Health Workforce In Europe**
Barribal L., Bremner J., Buchan J., et al.
- 31 **Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale**
Chaput H., Monziols M., Ventelou B., et al.
- 31 **Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés**
Chaput H., Monziols M., Ventelou B., et al.
- 31 **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2019**
Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 31 **Physician Workforce Effect On Health**
Falcettonni H.
- 32 **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé. Avis du HCAAM**
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

- 32 **Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé. Perceptions et pratiques dans les Pays de la Loire**
ORS Pays de la Loire et URML Pays de la Loire
- 32 **Organisation des cabinets médicaux des médecins généralistes libéraux dans les Pays de la Loire**
ORS Pays de la Loire et URML Pays de la Loire
- 33 **Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît**
Pla A., Chone P. et Coudin E.
- 33 **Physician Health Management Skills And Patient Outcomes**
Simeonova E., Skipper N. et Thingholm P. R.
- 33 **La pair-aidance : dossier documentaire**
Sizaret A.

Systèmes de santé

Health Systems

- 34 **Coordination Of Social Security Systems At A Glance. 2019 Statistical Report**
De Wispelaere. F., De Smedt , L. et Pacolet J.
- 34 **The Burden Of Disease In England Compared With 22 Peer Countries. A Report For NHS England**
Public Health England

Travail et santé

Occupational Health

- 34 **Health, Wealth, And Informality Over The Life Cycle**
Albertini J., Fairise X. et Terriau A.
- 34 **Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard**
Aubert P.
- 35 **Health Shocks And The Evolution Of Earnings Over The Life-Cycle**
Keane M., Kapatina H., Maruyama S., et al.
- 35 **Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017. Enquête Sumer 2017**
Ministère chargé du Travail

- 35 **Sick Of My Parents? Consequences Of Parental Ill Health On Adult Children**
Noren A.
- 36 **New Evidence On Disability Benefit Claims In The UK: The Role Of Health And The Local Labour Market**
Roberts J. et Taylor K.
- 36 **Socioeconomic Decline And Death: Midlife Impacts Of Graduating In A Recession**
Schwandt H. et Von Wachter T. M.
- 36 **Labour Market Outcomes For Cancer Survivors: A Review Of The Reviews**
Sharipova A. et Baert S.
- 37 **Effects Of The Minimum Wage On Child Health**
Wehby G., Kaestner R., Lyu W., et al.
- 39 **Enhancing The Sustainability Of Long-Term Care**
Marczak J., Wittenberg R. et Doetter L. F.
- 40 **Seul, en couple ou en corésidence : fragilisation et soutien à domicile après 60 ans. Résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 en région Carsat et CGSS**
Renaut S.
- 40 **Vieillir à deux, seul ou en corésidence : évolution de l'aide entre 1999 et 2015**
Renaut S.
- 40 **Vieillir à deux, aides et entraide dans le couple**
Renaut S.
- 41 **How Well Can Medicare Records Identify Seniors With Cognitive Impairment Needing Assistance With Financial Management**
Weir D. et Lang K.

Vieillesse

Ageing

- 37 **Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé**
Abdoul-Carime S.
- 38 **Retraites : retour sur trente ans de débats et de réformes**
Blanchet D.
- 38 **Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes**
Cheloudko P., Martin H. et Treguier J.
- 38 **La retraite complémentaire Agirc-Arrco : des efforts de redressement et de rationalisation à poursuivre**
Cour des Comptes. (2020)
- 39 **Rémunérations et statut des aidant.e.s : Parcours, transactions familiales et types d'usage des dispositifs d'aide**
De Bony J., Giraud O., Petiau A., et al.
- 39 **Les effectifs soignants en Ehpad : état des lieux et perspectives**
Fédération Hospitalière de France
- 39 **The Growth And Geographical Variation Of Nursing Home Self-Pay Prices**
Huang S. S., Hirth R. A. et Banaszak-Holl J.

Assurance maladie

Health Insurance

► La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2019

ADJERAD R.
2019

Paris Drees.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_0c_2019.pdf

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 modifiant l'article L.862-7 du Code de la Sécurité sociale), le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, à destination du Parlement et de rendre public un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé qui ont acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) auprès du Fonds CMU. Ce rapport, élaboré par la Drees, présente les résultats obtenus pour l'année 2018 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le Fonds CMU. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurances. Ce rapport comprend six chapitres. Le premier présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivants analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

► Interaction Of The Labor Market And The Health Insurance System: Employer-Sponsored, Individual, And Public Insurance

AIZAWA N. ET FU C.
2020

NBER Working Paper Series ; 26713. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26713>

We study regulations on the health insurance system for working-age U.S. households, consisting of employ-

er-sponsored health insurance (ESHI), individual health insurance exchange (HIX), and Medicaid. We develop and estimate an equilibrium model with rich heterogeneity across local markets, households, and firms, which highlights the inter-relationship between various components of the health insurance system as well as their relationship with the labor market. We estimate the model exploiting variations across states and policy environments before and after the Affordable Care Act. In counterfactual experiments, we consider policies to cross subsidize between ESHI and HIX, which include pure risk pooling between the two markets as a special case. We find such policies would benefit most households, improve average household welfare, and decrease government expenditure. Furthermore, the welfare gains are larger if the cross subsidization is interacted with Medicaid expansion.

► Rapport statistique du CLEISS. Exercice 2018

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE
2019

Paris CLEISS.

https://www.cleiss.fr/docs/stats/rapport_stat_2018.pdf

Le rapport statistique relatif à l'exercice 2018 se présente en sept parties : les soins de santé et contrôles médicaux : créances et dettes présentées en 2017 (informations uniquement disponibles dans la version interactive du rapport), créances et dettes remboursées en 2017 ; les prestations en espèces des assurances maladie-maternité et/ou paternité et AT-MP (Accidents du Travail-Maladies Professionnelles) servies par la France pour le compte d'un autre Etat ; les prestations familiales ; les rentes d'AT-MP, les pensions d'invalidité et de vieillesse, les allocations veuvage et le capital décès ainsi que les allocations de retraites complémentaires ; l'assurance chômage ; la législation applicable ; les flux financiers étranger France (données statistiques en matière de pensions de vieillesse et d'invalidité en provenance de nos principaux partenaires européens) ; les mouvements migratoires.

► **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bilan du dispositif**

FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
2019

Paris Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire.

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Annuel_ACS_2019.pdf

Alors que l'ACS a fusionné avec la CMU-C pour donner naissance le 1^{er} novembre 2019 à la Complémentaire santé solidaire, le dernier rapport annuel sur l'ACS, paru en décembre 2019, dresse un bilan du dispositif depuis sa création. Ces dernières années, le niveau de couverture des bénéficiaires ACS s'est renforcé aussi bien grâce à la mise en concurrence des contrats ACS qu'à travers des mesures telles que le droit à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires chez les médecins, la dispense d'avance de frais, l'exonération des participations forfaitaires, la mise en place de tarifs plafonds pour les soins dentaires prothétiques et d'orthodontie. La réforme de 2015 a permis de mieux maîtriser les prix des contrats. En 2018, le prix moyen des contrats ACS est 9 % moins élevé que celui observé en 2014. L'ACS prend en charge 62 % du prix de ce contrat. Malgré ces évolutions, le taux de non-recours au dispositif ACS est resté élevé : entre 41 % et 59 % des personnes éligibles à l'aide ne la demandent pas en 2017. Le fonds évalue par ailleurs qu'une personne sur quatre n'utilise pas l'aide pour acquérir un contrat de complémentaire santé. Les contrats ACS peuvent en outre laisser une charge financière importante dans la mesure où des assurés paient une partie importante de la cotisation du contrat et peuvent par ailleurs être confrontés à des frais conséquents lors de la réalisation de certains soins, notamment pour l'optique, les prothèses dentaires, les audioprothèses. Ces limites confirment la pertinence de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire.

► **Simplifying And Improving The Performance Of Risk Adjustment Systems**

MCGUIRE T. G., ZINK A. L. ET ROSE S.

2020

NBER Working Paper Series ; 26736. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26736>

Risk-adjustment systems used to pay health plans in individual health insurance markets have evolved towards better "fit" of payments to plan spending, at the individual and group levels, generally achieved by adding variables used for risk adjustment. Adding variables demands further plan and provider-supplied data. Some data called for in the more complex systems may be easily manipulated by providers, leading to unintended "upcoding" or to unnecessary service utilization. While these drawbacks are recognized, they are hard to quantify and are difficult to balance against the concrete, measurable improvements in fit that may be attained by adding variables to the formula. This paper takes a different approach to improving the performance of health plan payment systems. Using the HHS-HHC V0519 model of plan payment in the Marketplaces as a starting point, we constrain fit at the individual and group level to be as good or better than the current payment model while reducing the number of variables called for in the model. Opportunities for simplification are created by the introduction of three elements in design of plan payment: reinsurance (based on high spending or plan losses), constrained regressions, and powerful machine learning methods for variable selection. We first drop all variables relying on drug claims. Further major reductions in the number of diagnostic-based risk adjusters are possible using machine learning integrated with our constrained regressions. The fit performance of our simpler alternatives is as good or better than the current HHS-HHC V0519 formula.

Démographie

Demography

► **Bilan démographique 2019. Chiffres détaillés**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ÉTUDES ÉCONOMIQUES

2020

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1912926>

Le bilan démographique donne la population de la France estimée au 1^{er} janvier de chaque année et l'évolution de la situation démographique depuis 1982 : population au 1^{er} janvier, nombre de naissances, de décès et de mariages (les données France métropolitaine sont disponibles sur une période plus longue; elles sont diffusées à partir de 1946). Il présente également les principaux indicateurs démographiques.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

► **Garantir un numérique inclusif : les réponses apportées par les opérateurs de la protection sociale**

BURNEL P., MEJANE J. ET ROUZIER-DEROUBAIX A.

2020

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article770>

Le risque de se trouver mis à l'écart des services publics numériques en raison de difficultés d'usage d'internet concerne plusieurs millions de Français. Ce risque est accentué pour les personnes qui s'adressent à des services publics du champ social en raison même de situations de précarité, alors que l'accès aux droits et aux prestations sociales est essentiel pour leur vie quotidienne. Bien que de nombreux travaux aient été publiés autour du sujet de la « fracture numérique », l'Igas a souhaité inscrire cette thématique dans son programme d'activité en se centrant naturellement sur les « institutions du social » et en mobilisant la méthode qui est la sienne : analyse du point de vue des différentes parties, travail de terrain, approche comparative, attention portée à la qualité de l'action publique et aux usagers auxquels elle est destinée.

► **Maintien à domicile : Vers plateformes numériques de services**

CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

2019

Paris Caisse des dépôts et consignations.

<https://www.banquedesterritoires.fr>

Qu'est-ce qu'un EHPAD hors les murs ? Quelles en sont les composantes ? Est-ce plus qu'un concept ? C'est à toutes ces questions que l'étude a souhaité répondre en recensant les principales innovations dans les dispositifs existants pour ensuite s'interroger sur la généralisation et l'amélioration des expérimentations existantes. Car des alternatives au modèle traditionnel des EHPAD existent et sont à développer pour un meilleur accompagnement du grand âge à domicile. L'étude les recense et invite à la réinvention des services autour de la personne vieillissante. Elle souligne la nécessité de disposer d'une plateforme nationale pour générer l'interopérabilité et assurer un modèle économique viable grâce à la mutualisation des ressources, infrastructures, outils et services. L'articulation entre la plateforme nationale, les agences régionales de santé, les collectivités et les acteurs de proximité pourra seule assurer une réponse simultanée et de qualité sur tout le territoire répondant ainsi au risque de fracture territoriale et d'inégalité d'accès au service.



► **E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans**

CHAPUT H., MONZIOLS M., VENTELOU B., *et al.*

2020

Etudes Et Résultats(1139)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1139.pdf>

D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, près de 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48 % seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé. L'exercice en groupe et au sein de structures collectives va généralement de pair avec une utilisation plus poussée de ces outils. L'âge et le fait d'exercer avec d'autres confrères s'avèrent donc deux facteurs déterminants pour l'utilisation des outils numériques socles en médecine générale. Si le dossier patient informatisé est couramment utilisé, 1 médecin sur 5 structure les motifs de consultations avec un codage particulier. Les médecins les plus jeunes codent le contenu de leurs consultations plus souvent que leurs confrères plus âgés. Les échanges entre professionnels sont, dans la très grande majorité des cas, sécurisés. En revanche, la sécurisation des données des patients reste à améliorer : seulement un quart des médecins hébergent les données de santé issues de leurs dossiers informatisés sur des plateformes agréées.

► **Communication : une stratégie européenne pour les données**

COMMISSION EUROPÉENNE

2020

Bruxelles Commission européenne.

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-european-strategy-data-19feb2020_fr.pdf

La présente communication définit une stratégie pour les mesures et les investissements conduisant à une économie fondée sur les données au cours des cinq prochaines années. L'ambition de la Commission est ainsi de dessiner un modèle pour une société à laquelle les données confèrent les moyens de prendre de meilleures décisions, tant dans les entreprises que dans le secteur public. À cette fin, l'Europe dispose d'un cadre juridique relatif à la sûreté et à la cybersécurité pour la protection des données et des droits fondamen-

taux. Elle prévoit notamment de créer neuf espaces européens uniques des données, dont un consacré aux données de santé.

► **Le dossier pharmaceutique**

COUR DES COMPTES

2020

In: [Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes. Tome II.]. Paris : Cour des comptes: 95-130.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>

Institué par la loi en 2007, le dossier pharmaceutique (DP) a été conçu et développé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP), qui en assure aujourd'hui la mise en œuvre et la gestion, pour un coût de 4,3 M€ en 2018. Sous la même appellation, le dossier pharmaceutique désigne des dossiers patients individuels (DP-Patient) et une infrastructure de communication entre les acteurs de la chaîne du médicament (Portail-DP) déployée à des fins de sécurité sanitaire. Certaines de ses informations sont aussi enregistrées dans une base de données anonymes, exploitée à des fins de santé publique (DP-Suivi sanitaire). En 2008, la Cour avait souligné le potentiel du dossier pharmaceutique, tout en relevant l'absence d'évaluation de son impact, tant en matière d'économies que de prévention des effets indésirables des médicaments. Elle avait aussi mis en exergue la performance de son système informatique, malgré certains risques pour la sécurité des données personnelles, et rappelé que ses conditions d'intégration au dossier médical personnel n'étaient pas encore réunies. En 2012, elle avait rappelé l'objectif de convergence avec le dossier médical partagé. Dix ans après sa généralisation dans les pharmacies d'officine, la Cour a de nouveau examiné le dossier pharmaceutique. Celui-ci a connu une montée en charge rapide et une diversification de ses usages, au prix de certaines imperfections (I). Il est nécessaire de poursuivre le développement du dossier pharmaceutique en généralisant son usage, notamment dans les établissements de santé, en consolidant ses nouvelles fonctionnalités et en garantissant son articulation avec le dossier médical partagé et l'espace numérique de santé (II).

► **Bringing Health Care To The Patient: An Overview Of The Use Of Telemedicine In OECD Countries**

HASHIGUCHI T.C.O.

2020

OECD Health Working Papers ; 116. Paris OCDE

<https://www.oecd-ilibrary.org>

Telemedicine is being used across OECD countries to deliver health care in a wide range of specialties, for numerous conditions and through varied means. A growing body of evidence suggests that care delivered via telemedicine can be both safe and effective, in some cases with better outcomes than conventional face-to-face care. Telemedicine services can also be cost-effective in different settings and contexts. However, despite these benefits, these services still represent a small fraction of all health care activity and spending. Important barriers to wider use remain, with providers and patients facing regulatory uncer-

tainty, patchy financing and reimbursement, and vague governance. Due to inequalities in health and digital literacy, patients that most stand to benefit are also often those that are least able to access and make use of telemedicine. Telemedicine has the potential to improve effectiveness, efficiency and equity in health care, but can also introduce new risks and amplify existing inequalities.

► **Health Data Hub. Plan Stratégique 2019-2022**

HEALTH DATA HUB

2020

Paris Health data hub.

<https://www.health-data-hub.fr>

Ce document présente les grandes orientations du Health Data Hub pour la période 2019-2022.

Économie de la santé

Health Economics

► **Consommation, épargne et recours au crédit des retraités**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2019

Paris : COR

<https://www.cor-retraites.fr/node/524>

En complément du suivi régulier du niveau de vie des retraités, ce dossier examine comment les retraités répartissent leur revenu disponible entre consommation et épargne, en apportant également un éclairage sur les aides financières versées par les retraités à leurs enfants ainsi que sur l'endettement des retraités. Ce dossier actualise les travaux présentés au COR en 2014 et 2015 dans le cadre du 13^e rapport du COR sur la situation des retraités publié en décembre 2015.

► **The Effects Of E-Cigarette Taxes On E-Cigarette Prices And Tobacco Product Sales: Evidence From Retail Panel Data**

COTTI C. D., COURTEMANCHE C. J., MACLEAN J. C., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ; 26724. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26724>

We explore the effect of e-cigarette taxes enacted in eight states and two large counties on e-cigarette prices, e-cigarette sales, and sales of other tobacco products. We use the Nielsen Retail Scanner data from 2011 to 2017, comprising approximately 35,000 retailers nationally. We calculate a Herfindahl–Hirschman Index of 0.251 for e-cigarette retail purchases, indicating high market concentration, and a tax-to-price pass-through of 1.6. We then calculate an e-cigarette own-price elasticity of -2.6 and a positive cross-price elasticity of demand between e-cigarettes and traditional cigarettes of 1.1, suggesting that e-cigarettes

and traditional cigarettes are economic substitutes. We simulate that for every one standard e-cigarette pod (a device that contains liquid nicotine in e-cigarettes) of 0.7 ml no longer purchased as a result of an e-cigarette tax, the same tax increases traditional cigarettes purchased by 6.2 extra packs.

► **L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients**

COUR DES COMPTES

2020

In: [Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes.]. Paris : Cour des comptes: 95-130.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>

La maladie rénale chronique détruit progressivement les deux reins, qui ne parviennent alors plus à filtrer correctement le sang. L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en est le dernier stade : la perte de la fonction rénale entraîne le décès du patient si aucun traitement n'est appliqué. Ces traitements de suppléance de la fonction rénale consistent en des séances de dialyse ou en une greffe de rein. Pour les patients qui peuvent en bénéficier, la greffe comporte des bénéfices plus élevés que la dialyse. De plus, elle est moins coûteuse pour l'assurance maladie. Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2015, la Cour avait fait trois constats principaux sur la prise en charge de l'IRCT. D'une part, le recours à la greffe restait insuffisant alors qu'elle présente le meilleur bénéfice pour les patients. D'autre part, les modes de dialyse les plus lourds et contraignants pour les patients – en centre et en unité de dialyse médicalisée – prédominaient. Enfin, les coûts de la dialyse étaient excessifs, au détriment de l'assurance maladie qui les finance. Dans ces conditions, elle avait recommandé de rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention, de donner une nouvelle impulsion à la greffe, de réduire les coûts de la dialyse et de développer la dialyse à domicile.

► **Long Term Care Insurance With State-Dependent Preferences**

DE DONDER P. ET LEROUX M. L.

2019

Working Papers; 1061. Toulouse TSE

<https://www.tse-fr.eu/fr/publications/long-term-care-insurance-state-dependent-preferences>

We study the demand for actuarially fair Long Term Care (LTC hereafter) insurance in a setting where autonomous agents only care for daily life consumption while dependent agents also care for LTC expenditures. We assume that dependency decreases the marginal utility of daily life consumption. We first obtain that some agents optimally choose not to insure themselves, while no agent wishes to buy complete insurance. We then show that the comparison of marginal utility of income (as opposed to consumption) across health states depends on (i) whether agents do buy LTC insurance at equilibrium or not, (ii) the comparison of the degree of risk aversion for consumption and for LTC expenditures, and (iii) the income level of agents. Our results then offer testable implications that can explain (i) why few people buy Long Term Care insurance and (ii) the discrepancies between various empirical works when measuring the extent of state-dependent preferences for LTC.

► **Alternative Demography-Based Projection Approaches For Public Health And Long-Term Care Expenditure**

LASSILA J. ET VALKONEN T.

2019

ETLA Working Papers No 74. Helsinki ETLA

<https://www.etla.fi/wp-content/uploads/ETLA-Working-Papers-74.pdf>

Ageing populations pose a major challenge for long-term sustainability of public finances. The response has been a wave of pension reforms that has lowered markedly the projected pension expenditure in EU countries. The increase in the second major expenditure item, health and long-term care costs, has become the most important element of fiscal sustainability gaps. We compare different demography-based approaches generally used to evaluate the costs. The interaction of different projection approaches and demography is illustrated by using realizations of a stochastic population projection as inputs in a numerical expenditure model. Our example country is Finland.

Our results show that considering the effects of proximity to death on the expenditure generates markedly slower expected expenditure growth for the health and long-term care costs than using age-specific costs or the method developed and used by the European Commission and the Finnish Ministry of Finance. In addition, the sensitivity of the expenditure projections to demographic risks is lower. The differences in the outcomes of the different approaches are largest in long-term care costs, which are in any case growing faster in Finland than the health care expenditure because on population ageing.

► **Facturation des téléconsultations et téléexpertise en établissement de santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2019

Paris DGOS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

L'avenant 6 à la convention médicale, signé par les partenaires conventionnels le 14 juin 2018, et approuvé par arrêté ministériel du 1^{er} août 2018, permet ainsi l'admission au remboursement de droit commun par l'assurance maladie des actes de téléconsultation à compter du 15 septembre 2018 et de téléexpertise à compter du 10 février 2019. Dans ce nouveau contexte de prise en charge des actes de télé-médecine, ce guide a pour objectif de préciser les modalités d'application de l'avenant n°6 en ce qui concerne les actes de téléconsultation et téléexpertise lorsqu'ils sont réalisés par un médecin d'un établissement de santé, dans le cadre de son activité salariée. Ce guide ne concerne pas les prises en charge financières expérimentales fixées par ETAPES qui concernent désormais uniquement la télésurveillance.

► **Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-restes-a-charge-ou-les-depenses-de-sante-catastrophiques-en-france-et-a-l-etranger.pdf>

Le système public d'assurance-maladie obligatoire français se caractérise par des restes à charge sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près d'un quart de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015. Ces restes à charge publics sont payés par une assurance-maladie complémentaire privée ou par les ménages. Ces participations financières varient en fonction du type de soins consommés. Elles peuvent être élevées et constituer un frein à l'accès aux soins des populations précaires. Même si la plupart des pays de l'OCDE tendent à développer des dispositifs de couverture maladie universelle à destination des usagers vulnérables ou exposés à des dépenses de santé élevées, nombre de ces pays connaissent néanmoins des restes à charge ou dépenses de santé catastrophiques. L'objectif de cette bibliographie est donc de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur les restes à charge dans les dépenses de santé pour la période s'étendant de 2006 à décembre 2019. Le périmètre géographique retenu est celui des pays industrialisés. Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Cairn, Medline et Econlit. Les aspects ciblés sont les suivants : Le poids des restes à charge dans les dépenses de santé ; Leur rôle dans l'accès et le renoncement aux soins ; L'impact de la crise économique de 2008 sur l'évolution du RAC et de l'accès aux soins.

Health Status

► **Time Spent Exercising And Obesity: An Application Of Lewbel's Instrumental Variables Method**

COURTEMANCHE C. J., PINKSTON J. C.
ET STEWART J.

2020

**NBER Working Paper Series ; 26670. Cambridge
NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26670>

This paper examines the role physical activity plays in determining body mass using data from the American Time Use Survey. Our work is the first to address the measurement error that arises when time use during a single day—rather than average daily time use over an extended period—is used as an explanatory variable. We show that failing to account for day-to-day variation in activities results in the effects of time use on a typical day being understated. Furthermore, we account for the possibility that physical activity and body mass are jointly determined by implementing Lewbel's instrumental variables estimator that exploits first-stage heteroskedasticity rather than traditional exclusion restrictions. Our results suggest that, on average, physical activity reduces body mass by less than would be predicted by simple calorie expenditure-to-weight formulas, implying compensatory behavior such as increased caloric intake.

► **Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr>

Les écrans font aujourd'hui partie du quotidien. L'analyse de la littérature apporte des éléments contradictoires de l'effet des écrans sur le développement cognitif de l'enfant et sur les troubles de la santé mentale. Les conséquences sur le sommeil sont établies et sont plus importantes si le temps d'utilisation augmente. Ce sont les comportements associés qui sont responsables de l'augmentation du surpoids :

prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et qualité de sommeil altérée. Les chercheurs font état d'un risque significatif lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des contenus sexuels et pornographiques, ou violents. Les écrans peuvent avoir des effets positifs dans des situations précises. Il existe des différences de comportements vis-à-vis des écrans en fonction des catégories sociales. Cette publication constitue le volet : analyse scientifique de l'étude.

► **Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

[https://www.hcsp.fr/explore.cgi/
avisrapportsdomaine?clefr=759](https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759)

Les écrans font aujourd'hui partie du quotidien. L'analyse de la littérature apporte des éléments contradictoires de l'effet des écrans sur le développement cognitif de l'enfant et sur les troubles de la santé mentale. Les conséquences sur le sommeil sont établies et sont plus importantes si le temps d'utilisation augmente. Ce sont les comportements associés qui sont responsables de l'augmentation du surpoids : prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et qualité de sommeil altérée. Les chercheurs font état d'un risque significatif lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des contenus sexuels et pornographiques, ou violents. Les écrans peuvent avoir des effets positifs dans des situations précises. Il existe des différences de comportements vis-à-vis des écrans en fonction des catégories sociales. Cette publication constitue l'avis du Haut Conseil sur le sujet.

► **Vivre avec une maladie neuro-évolutive : enjeux éthiques et sociétaux**

HIRSCH E. ET BRUGERON P. E.

2019

Paris : Erès

Par cet ouvrage, les auteurs ont l'ambition de contribuer aux évolutions des représentations, des réflexions et des pratiques là où elles sont défiées par un cumul de vulnérabilités humaines et sociales. Ils ont choisi de retenir le terme de « maladies neuro-évolutives », et non la désignation médicale connotée de « maladies neuro-dégénératives ». À bien des égards la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la maladie de Charcot (SLA) ou la chorée de Huntington... sont spécifiques. Pourtant les personnes malades expriment le même besoin d'être respectées dans leurs droits, dans cette envie de vivre parmi nous, estimées pour ce qu'elles sont, considérées dans leur citoyenneté. Elles revendiquent d'être parties prenantes des choix qui les concernent, et inventives, avec les professionnels, de réponses innovantes adossées à leurs savoirs et à leurs expertises. Comment accompagner leur existence quotidienne dans un contexte humain et un environnement respectueux et bienveillant ? Cet ouvrage rassemble témoignages, analyses, approfondissements théoriques et propositions concrètes pour améliorer le soin et l'accompagnement des personnes rendues vulnérables par la maladie ou le handicap.

► **WHO Global Report On Trends In Prevalence Of Tobacco Use 2000-2025**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2019

Genève OMS.

<https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>

Progress in reducing tobacco use is a key indicator for measuring countries' efforts to implement the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Countries have adopted this indicator to report progress towards SDG target 3.a and the tobacco reduction target under the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. This report presents WHO estimates of tobacco use prevalence, numbers or users, and changes between 2000 and 2018, projected to 2025. Estimates are at global, regional and country level.

► **WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2019: Offering Help To Quit Tobacco Use**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2019

Genève OMS.

https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

The report «Offering help to quit tobacco use» tracks the status of the tobacco epidemic and interventions to combat it. The report finds that more countries have implemented tobacco control policies, ranging from graphic pack warnings and advertising bans to no smoking areas. About 5 billion people - 65% of the world's population - are covered by at least one comprehensive tobacco control measure, which has more than quadrupled since 2007 when only 1 billion people and 15% of the world's population were covered.

► **Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018**

PALLE C.

2019

Paris OFDT.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

Ce bilan décrit les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences sanitaires et sociales. Les tendances récentes ainsi décrites sont dans la mesure du possible resituées dans le contexte plus large des évolutions observées depuis le début des années 2000. Cette analyse des évolutions repose sur un ensemble d'indicateurs qui permettent de mesurer avec la même méthodologie les phénomènes observés. Dans le cadre de cette approche, l'objectif est avant tout d'apprécier les tendances. Ce tableau de bord ne vise pas à rendre compte de la totalité des connaissances disponibles sur la consommation d'alcool et de ses conséquences.

► **Exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail et au domicile entre 2014 et 2018 : résultats du baromètre de Santé publique France**

QUATREMER G., PASQUEREAU G., GUIGNARD R.,
et al.

2020

Saint-Maurice Santé publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr>

En 2017, 15,7 % des personnes âgées de 18 à 64 ans exerçant une activité professionnelle déclarent avoir été exposées à la fumée de tabac des autres au cours des 30 derniers jours à l'intérieur des locaux sur leur lieu de travail. Cette proportion est stable par rapport à 2014. Les ouvriers sont les plus nombreux à déclarer être exposés (27,4 %); les cadres et professions intel-

lectuelles supérieures les moins nombreux (6,4 %). En 2018, parmi les 18-75 ans, 17,6 % déclarent que quelqu'un fume à l'intérieur de leur domicile : 12,5 % de manière régulière, 5,1 % de temps en temps. Depuis 2014, la part de 18-75 ans déclarant que quelqu'un fume à l'intérieur de leur domicile a diminué de 10 points. La baisse du tabagisme au domicile est particulièrement marquée parmi les fumeurs quotidiens, avec une baisse de 14 points, que ce soit parmi les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour (de 44,4 % en 2014 à 30,8 % en 2018) ou de 10 cigarettes ou plus par jour (de 62,5 % à 48,4 %). Parmi les fumeurs vivant dans un foyer avec un enfant, la fréquence du tabagisme au domicile a été divisée par deux entre 2014 et 2018, mais elle reste élevée : de 31,6 % à 14,4 % en présence d'un enfant de moins de 4 ans, et de 48,5 % à 23,8 % en présence d'un enfant de 4 à 18 ans.

Géographie de la santé

Geography of health

► **How To Attract Physicians To Underserved Areas? Policy Recommendations From A Structural Model**

COSTA F., NUNES L., SANCHES F., *et al.*

2019

Charlottesville Center for Open Science

<https://osf.io/preprints/socarxiv/hfa8s/>

The lack of physicians in poorer areas is a matter of concern in developed and developing countries. This paper exploits location choices and individual characteristics of all generalist physicians who graduated in Brazil between 2001 and 2013 to study policies that aim at increasing the supply of physicians in underserved areas. We estimate physicians' locational preferences using a random coefficients discrete choice model. We find that physicians have substantial utility gains if they work close to the region they were born or from where they graduated. We show that wages and health infrastructure, though relevant, are not the main drivers of physicians' location choices. Simulations from the model indicate that quotas in medical schools for students born in underserved areas and the opening of vacancies in medical schools in deprived areas improve the spatial distribution of

physicians at lower costs than financial incentives or investments in health infrastructure.

► **En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population**

LEGENBRE B.

2020

Etudes Et Résultats(1144)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf>

En raison d'un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. Les inégalités s'accroissent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus. Cette moindre accessibilité s'explique principalement par la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet

prolongé des *numerus clausus* appliqués au cours de ces dernières décennies. Les stratégies visant la libération de temps médical utile (nouvelles organisations territoriales, protocoles de coopérations interprofessionnelles, recours au numérique, etc.) peuvent constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle. Mesurée à l'échelle du territoire de vie-santé, la part de la population française vivant en zone sous-dotée en médecins généralistes (ou « sous-dense ») est faible, mais elle passe, en quatre ans, de 3,8 % à 5,7 %. La baisse de l'accessibilité est plus marquée dans le centre de la France. De nouveaux territoires sont concernés par la sous-densité, notamment du centre de la France vers le nord-ouest. Les territoires les mieux dotés en médecins généralistes sont aussi les plus attractifs, tant du point de vue de la croissance démographique que des équipements (sportifs, culturels, commerciaux et scolaires). L'accessibilité aux médecins généralistes s'inscrit ainsi dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire.

► **Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France**

LUCAS-GABRIELLI V. ET MANGENEY C.
2020

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(246)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/246-comment-enrichir-la-mesure-des-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-generalistes.pdf>

La recherche sur les inégalités spatiales d'accessibilité aux soins primaires, en s'appuyant sur des indicateurs de type « densité flottante », a permis de dépasser les limites des indicateurs classiques de densité et de distance. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) - qui tient compte des distances entre communes en voiture, de la disponibilité de l'offre et de la structure d'âge de la population - est une adaptation de ce type de méthode au contexte français qui permet de reconsidérer les constats préalablement établis. Pour améliorer encore la mesure, l'indicateur est affiné de plusieurs manières dans cette étude méthodologique : en réduisant l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, en prenant en compte la dimension sociale des besoins et les pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun...), en considérant l'effet systémique des interactions entre l'offre et la demande de soins à l'échelle régionale. Cet effet permet de tenir compte

du fait que la probabilité de recourir à une offre éloignée est d'autant plus faible que les patients disposent d'une offre à proximité. Cette dernière proposition est celle qui modifie le plus la mesure en lissant la représentation spatiale des niveaux d'accessibilité. La prise en compte de la dimension sociale dans les besoins de soins et la diversification des moyens de transport et de ses usages selon le type d'espaces impactent plus localement les résultats. Cependant, pour certains territoires urbains défavorisés socialement, la prise en compte de ces nouvelles dimensions permet de mieux souligner des difficultés locales d'accessibilité aux médecins généralistes.

► **Rapport d'information sur les déserts médicaux**

MAUREY H. ET LONGEOT J. F.
2020

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>

Dix ans après la loi Bachelot dite « HPST » et malgré l'accélération du rythme d'adoption des lois et plans « Santé », les politiques mises en place pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins demeurent manifestement insuffisantes. Face à l'évidence, les gouvernements successifs continuent de repousser les solutions volontaristes qui leur sont proposées. Depuis sa création, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat porte une attention constante à ce sujet. Si elle se réjouit que des avancées aient eu lieu (télé-médecine, réforme des études de santé, partages de compétences entre professionnels de santé) dans le cadre de la récente loi du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, elle considère que tout n'a pas été tenté. Dès lors, elle recommande : 1. d'avancer sur le chemin d'une troisième voie, entre incitation financière sans contrepartie et coercition à l'installation des médecins, de régulation progressive des installations de médecins, pour rééquilibrer l'offre médicale dans le pays au bénéfice des territoires ruraux les plus fragiles ; 2. de mieux adapter l'organisation du système de soins à la réalité des territoires, en renforçant l'association des collectivités territoriales à la politique de santé et en activant l'ensemble des leviers susceptibles de libérer du temps médical dans les territoires.

Disability

► **HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap**

BOURGAREL S.

2019

Marseille Creai-Paca et Corse.

<https://creai-nouvelleaquitaine.org>

Le Creai-Paca et Corse intègre parmi ses missions, un centre de ressource sur le handicap, qui a permis d'élaborer, depuis 2004, un tableau de bord régional rassemblant des données chiffrées sur le handicap en région PACA. Une partie de ces données sont produites régulièrement par différentes administrations et caisses d'assurance. D'autres sont issues de travaux réalisés par le CREAL. Nous proposons aussi des estimations fiables de population en situation de handicap, calculées à partir de taux de prévalence des déficiences issus de travaux scientifiques. Mais le handicap est avant tout une construction sociale, et fixer la limite entre personne handicapée et personne sans handicap est un exercice parfois arbitraire. Les données chiffrées dont nous disposons utilisent quelquefois des limites différentes pour placer cette frontière mobile. Ceci conduit à disposer de photographies partielles de la population handicapée, et non d'un paysage d'ensemble fait de photos parfaitement emboîtées. Comme lors de chaque publication, les chiffres concernant les personnes handicapées et les dispositifs dédiés ont été actualisés et les évolutions soulignées (résumé de l'auteur).

► **Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes : rapport du groupe 2 de la conférence nationale du handicap 2018-2019**

CONFÉRENCE NATIONALE DU HANDICAP

2020

Paris CNH.

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/20200107_rapport_gt_pch_cnh.pdf

Cette publication constitue le dernier rapport des groupes de travail de la Conférence nationale du handicap (CNH), sur la rénovation de la prestation de compensation du handicap (PCH). Parmi les principales mesures, il propose de revoir le périmètre de la prestation pour l'étendre à tout ou partie de l'aide-ménagère et à l'aide à la parentalité. Il pose la question, pour cette dernière, d'un financement PCH ou caisse d'allocations familiales (Caf) dans « une logique inclusive ». Afin de rendre cette aide à la parentalité opérationnelle, il propose le développement de services d'accompagnement dédiés dans tous les départements. Il demande, par ailleurs, que des travaux puissent s'engager pour « qu'enfin les handicaps psychiques, sensoriels, cognitifs, mentaux et neurodéveloppementaux soient mieux compensés », pour que les professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) soient mieux formés à ce type de handicap et que la réponse médico-sociale soit améliorée « parallèlement à l'évolution de l'offre ».

► **Plus simple la vie » : 113 propositions pour simplifier le parcours administratif des personnes en situation de handicap**

TAQUET A. ET SERRES J. F.

2018

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://www.gouvernement.fr/partage/10239-remise-du-rapport-plus-simple-la-vie-113-propositions-pour-simplifier-le-parcours-administratif-des>

Ce rapport portant sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap fait suite à une consultation menée auprès de plus de 10 000 Français, personnes en situation de handicap ou proches de personnes handicapées. Les co-auteurs du rapport, Adrien Taquet, député, et Jean-François Serres, membre du Conseil économique, social et environnemental ont dégagé 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap.

Hospitals

► **Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2020

Mettre en œuvre et partager. Paris ANAP.

<https://www.anap.fr/ressources/publications/>

L'analyse chiffrée de l'environnement et de la patientèle de l'établissement de santé met en regard l'offre d'un établissement, les demandes de la population, les prises en charge alternatives ou concurrentes. Elle met en exergue les axes de développement porteurs autour desquels la communauté hospitalière peut se mobiliser. Cette publication décrit et documente le positionnement territorial d'un établissement de santé comme facteur constitutif d'une stratégie de (re)composition de l'offre de soins au service d'une population.

► **Does The Marginal Hospitalization Save Lives? The Case Of Respiratory Admissions For The Elderly**

CURRIE J. ET SLUSKY D.
2020

NBER Working Paper Series ; 26618. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26618>

Some commentators estimate that up to a third of U.S. medical spending may be wasted. This study focuses on the decision to hospitalize elderly Medicare patients who present at the emergency room (ER) with respiratory conditions. Failing to hospitalize sick patients could have dire consequences. However, in addition to generating higher costs, unnecessary hospitalization puts patients at risk of hospital acquired conditions and disrupts their lives. We use variation in the patient's nearest hospital's propensity to admit patients with similar observable characteristics as an instrument for the admission decision. While OLS estimates suggest that admitted patients are more likely to die, when we instrument for patient admission we find that the marginal hospital admission increases the number of hospital days by seven days and increases charges by \$42,000 but has no effect on the risk of death in the course of the next year. The marginal hospitalization

also reduces the risk of another emergency department visit in the next 30 days but increases outpatient visits over the same time horizon with no overall impact on charges. Longer term effects also include increased outpatient visits but effects on patient costs and health outcomes over the next year are minimal. Overall, these results lend support to the argument that in many cases the marginal

► **Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., *et al.*
2019

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article767>

Dans le cadre de son programme d'activité 2019, l'Igas a réalisé un bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), trois ans après leur mise en place, au moment où s'ouvre une nouvelle étape pour ces groupements, dessinée par la loi de transformation du système de santé de juillet 2019. Ce sont 135 GHT, aux périmètres variables, qui structurent ainsi l'offre de soins aujourd'hui. A partir d'un travail de terrain et de l'analyse fine des différentes situations, la mission fournit un bilan selon quatre dimensions (gouvernance, projets médicaux, organisation et gradation des soins, mutualisation de moyens).

► **Urgences et soins non programmés : dossier documentaire**

INSTANCE RÉGIONALE D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ
2020

Nantes : ORS ; Nantes : Iresp

<https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr>

Les soins non programmés sont entendus « comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences » (Rapport Mesnier 2018). Dans un contexte de demandes de soins non programmés croissantes (liées au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des

maladies chroniques et aux changements sociétaux, avec des usagers privilégiant les dispositifs perçus comme les plus réactifs devant un besoin de soin inopiné), d'une offre ambulatoire inégalement répartie, et de services d'urgences hospitaliers engorgés... structurer les réponses à apporter dans les territoires est au cœur des enjeux actuels de transformation du système de santé (Stratégie « Ma santé 2022 »). Cette sélection de ressources bibliographiques aborde cette thématique sous l'angle des usagers du système de santé, et de leurs demandes de soins non programmés.

► **Rapport pour un pacte de refondation des urgences**

MESNIER T. ET CARLI P.

2019

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/272424-pour-un-pacte-de-refondation-des-urgences>

Le rapport complet « Pour un pacte de refondation des urgences » a été remis par le député Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli, le 20 décembre 2019. Il intègre les travaux de l'équipe projet associant le Dr. Laurent Brechat (médecin libéral à la maison de santé pluridisciplinaire d'Avoine en Indre-et-Loire), le Dr. Patrick Goldstein (médecin chef du SAMU 59), le Dr. Alain Prochasson (médecin libéral à Metz et président de l'Association départementale de permanence des soins de Moselle) et Vanessa Solviche (cadre de santé du SAMU 57). Cette étude rassemble plusieurs préconisations. Le tome 1 aborde l'ensemble des pistes de réflexions pour participer à la refondation des urgences, dans la continuité de la stratégie « Ma Santé 2022 » avec une approche globale des parcours de soins urgents (amont, urgences en elles-mêmes et aval); le tome 2 analyse de manière plus approfondie et technique cinq mesures spécifiques : l'organisation du service d'accès aux soins, la gradation des services d'urgence, la réforme des transports médicalisés, la formation des médecins et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

► **Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires**

SEIMANDI T.

2019

Etudes Et Résultats(1136)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1136.pdf>

En 2017, les 455 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) françaises ont effectué 577 800 interventions « primaires » (c'est-à-dire des prises en charge de patients en situation d'urgence médicale hors de l'hôpital), soit 8,7 sorties pour 1 000 habitants. Les SMUR sont plus actifs dans certains départements. Ainsi, en 2017, ils sont sortis 27 fois pour 1 000 habitants en Haute-Corse, contre 3 fois pour 1 000 habitants en Loire-Atlantique. Les taux d'intervention sont inférieurs à 6 pour 1 000 habitants dans dix départements et supérieurs à 13 pour 1 000 habitants dans dix autres. Ces disparités territoriales d'activité sont en partie le reflet des moyens dédiés aux SMUR, des caractéristiques de leurs établissements de santé de rattachement, des territoires qu'ils couvrent et des populations qui résident dans ces territoires. Les SMUR qui assurent de nombreux transports inter hospitaliers font moins de sorties primaires. Par ailleurs, ceux dont l'aire d'intervention est étendue ou dont davantage d'habitants résident loin de l'établissement de rattachement ont aussi un taux d'intervention plus faible. C'est aussi le cas pour les SMUR ayant une forte concentration de services d'accueil des urgences à proximité.

Inégalités de santé

Health inequalities

► Developmental Origins Of Health Inequality

CONTI G., MASON G. ET POUPAKIS S.
2019

IFS Working Paper W19/17. Londres IFS
<https://www.ifs.org.uk/uploads/WP201917.pdf>

Building on early animal studies, 20th-century researchers increasingly explored the fact that early events – ranging from conception to childhood – affect a child’s health trajectory in the long-term. By the 21st century, a wide body of research had emerged, incorporating the original ‘Fetal Origins Hypothesis’ into the ‘Developmental Origins of Health and Disease’. Evidence from OECD countries suggests that health inequalities are strongly correlated with many dimensions of socio-economic status, such as educational attainment; and that they tend to increase with age and carry stark intergenerational implications. Different economic theories have been developed to rationalize this evidence, with an overarching comprehensive framework still lacking. Existing models widely rely on human capital theory, which has given rise to separate dynamic models of adult and child health capital, within a production function framework. A large body of empirical evidence has also found support for the developmental origins of inequalities in health. On the one hand, studies exploiting quasi-random exposure to adverse events have shown long-term physical and mental health impacts of exposure to early shocks, including pandemics or maternal illness, famine, malnutrition, stress, vitamin deficiencies, maltreatment, pollution and economic recessions. On the other hand, studies from the 20th century have shown that early interventions of various content and delivery format improve life course health. Further, given that the most socioeconomically disadvantaged groups show the greatest gains, such measures can potentially reduce health inequalities. However, studies of long-term impacts, as well as the mechanisms via which shocks or policies affect health, and the dynamic interaction amongst them, are still lacking. Mapping the complexities of those early event dynamics is an important avenue for future research.

► College Access And Adult Health

COWAN B. W. ET TEFFT N.
2020

NBER Working Paper Series ; 26685. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w26685>

We investigate the relationship between college openings, college attainment, and health behaviors and outcomes later in life. Though a large prior literature attempts to isolate the causal effect of education on health via instrumental variables (IV), most studies use instruments that affect schooling behavior in childhood or adolescence, i.e. before the college enrollment decision. Our paper examines whether an increase in 2- and 4-year institutions per capita (“college accessibility”) in a state contributes to higher college attainment and better health later in life. Using 1980-2015 Census and American Community Survey data, we find consistent evidence that accessibility of public 2-year institutions positively affects schooling attainment and subsequent employment and earnings levels, particularly among whites and Hispanics. With restricted-use 1984-2000 National Health Interview Survey data, we again find that public 2-year accessibility increases schooling and benefits a host of health behaviors and outcomes in adulthood: it deters smoking, raises exercise levels, and improves self-reported health. However, most long-term health conditions are unaffected, which may be partially due to the age of our sample.

► Migrations, vulnérabilités et santé mentale : Dossier bibliographique

CULTURE ET SANTÉ
2019

Bruxelles : Cultures & Santé

Ce dossier thématique « Migrations, vulnérabilités et santé mentale » vient d’être actualisé (décembre 2019). On y trouve de nombreuses références bibliographiques et un éventail d’outils pédagogiques qui permettront d’approfondir le sujet, de questionner les pratiques et d’accompagner au mieux les personnes migrantes. Les ressources documentaires sont complétées par une présentation de structures-ressources et

une sitographie. La question des vulnérabilités et de la santé mentale des personnes migrantes, les représentations et les pratiques en œuvre, sont au cœur de ce dossier thématique. La démarche de promotion de la santé qui guide la réalisation de ce dossier thématique donne par ailleurs toute sa place aux déterminants sociaux, culturels, environnementaux et politiques qui influencent la santé des personnes et donc leur santé mentale.

► **Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr>

Un rendez-vous santé initial est recommandé pour la population vulnérable des enfants étrangers isolés. Ce rendez-vous santé n'a pas pour objet de déterminer l'âge de l'enfant. Il est à dissocier de la procédure d'évaluation sociale. Le HCSP rappelle que ces enfants ont les mêmes droits à la santé et aux soins que tout autre enfant sur le territoire (priorité de l'intérêt de l'enfant, soins complets et gratuits, protection socio-éducative). Ce rendez-vous santé, si possible organisé en deux étapes, peut être assuré par un personnel infirmier par délégation de compétence d'un médecin référent, avec l'aide d'un interprète professionnel si besoin et l'articulation avec un réseau de soins spécialisé incluant des soins psychiques, lorsque nécessaire. Il s'agit du premier temps de la mise en place d'un parcours de soins et de l'ouverture de droits à l'assurance maladie. L'enfant étranger isolé doit donner son consentement pour chaque soin, notamment pour les procédures de dépistage et de rattrapage vaccinal. L'enfant, accompagné par un adulte en qui il a confiance, est adressé aux différentes structures de soins préalablement identifiées. Le HCSP décline ses recommandations en termes de prise en charge des soins, continuité du parcours de soins adapté aux pathologies somatiques et/ou psychiques identifiées, organisation au sein et entre les départements et propose une trame de guide d'entretien et de prise en charge initiale pour ce rendez-vous santé ainsi qu'un livret de santé.

► **Trends In Health And Mortality Inequalities In The United States**

HUDOMIET P., HURD M. D. ET ROHWEDDER S.

2019

MrdrC Wp 2019-401.

<https://mrdrC.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp401.pdf>

Recent literature has documented a widening gap in mortality in the United States between individuals with high socioeconomic status (SES) and low SES. An important question is whether this trend will continue. In this paper we document trends and inequalities in the health status at ages 54 to 60 of individuals born between 1934 and 1959. We do so by using detailed subjective and objective measures of health in the Health and Retirement Study to examine contributors to mortality inequality and to forecast life expectancy. We found that the health of individuals 54 to 60 years old has generally declined in recent years. In particular, we found large increases in obesity rates, notable increases in diabetes and reported levels of pain, and lower self-reported health and subjective survival probabilities. We also found strong evidence for increasing health inequalities, as the health of individuals in these cohorts with high SES remained largely stable while that for individuals with low SES declined. When we forecast life expectancies using these predictor variables, as well as gender- and SES-specific time trends, we predict overall life expectancy to increase further. However, the increase is concentrated among high SES individuals, suggesting growing mortality inequality. Results are similar among men and women.

► **Mortality By Socio-Economic Class And Its Impact On The Retirement Schemes: How To Render The Systems Fairer?**

JIIIE A. S., ALONSO-GARCIA J. ET ARNOLD S.

2019

Working Paper ; 2019/6. s.l. Cepar

<https://ideas.repec.org/p/ulb/ulbeco/2013-300032.html>

Many OECD countries have addressed the issue of increased longevity by mainly increasing the retirement age. However, this kind of reforms may lead to substantial transfers from those with shorter lifespans to those that will live longer than the average, as they do not necessarily take into account the socio-economic differences in mortality. The contribution of our paper is therefore twofold. Firstly, we illustrate

how both a Defined Benefit and a Notional Defined Contribution Pay-As-You-Go scheme can put the lower social economic classes at a disadvantage, when compared to the actuarially fair pensions. In contrast to that, higher classes experience a gain. This is due to the fact that mortality rates per socio-economic class

are not considered by either scheme. Consequently, we propose a model that determines the parameters for each scheme and class which would render the pensions fairer even when no socio-economic mortality differences are considered.

Médicament

Pharmaceuticals

► **L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lagence-nationale-de-securite-des-medicaments-et-des-produits-de-sante-ansm>

L'Agence nationale de sécurité des médicaments et de produits de santé (ANSM), qui s'est substituée en 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, a pour missions d'évaluer leurs bénéfices et leurs risques et de garantir leur sécurité en continu. Sur sa mission d'autorisation d'essais cliniques et de mise sur le marché des médicaments, l'ANSM doit consolider son influence scientifique en Europe, ce qui suppose aussi de réduire le nombre des comités de protection des personnes. Sur sa mission de vigilance, l'ANSM gagnerait à renforcer l'exigence de sécurité sanitaire pour les dispositifs médicaux, et les moyens consacrés aux produits cosmétiques devraient être étoffés. La relation entre les administrations de tutelle et l'agence devrait s'inscrire dans un cadre contractuel renouvelé. Le transfert du financement à l'assurance maladie, décidé pour 2020, devrait faciliter cette évolution. Enfin, pour maintenir la confiance des citoyens, l'ANSM doit poursuivre son effort de transparence et renforcer ses contrôles en interne. La Cour formule huit recommandations à cet effet.

► **Drug Firms' Payments And Physicians' Prescribing Behavior In Medicare Part D**

CAREY C., LIEBER E. M. J. ET MILLER S.
2020

NBER Working Paper Series ; 26751. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26751>

In a pervasive but controversial practice, drug firms frequently make monetary or in-kind payments to physicians in the course of promoting prescription drugs. We use a federal database on the universe of such interactions between 2013 and 2015 linked to prescribing behavior in Medicare Part D. We account for the targeting of payments with fixed effects for each physician-drug combination. In an event study, we show that physicians increase prescribing of drugs for which they receive payments in the months just after payment receipt, with no evidence of differential trends between paid and unpaid physicians prior to the payment. Using hand-collected efficacy data on three major therapeutic classes, we show that those receiving payments prescribe lower-quality drugs following payment receipt, although the magnitude is small and unlikely to be clinically significant. In addition, we examine five case studies of major drugs going off patent. Physicians receiving payments from the firms experiencing the patent expiry transition their patients just as quickly to generics as physicians who do not receive such payments.



► **Effect Of Prescription Opioids
And Prescription Opioid Control Policies
On Infant Health**

ZIEDAN E. ET KAESTNER R.

2020

**NBER Working Paper Series ; 26749. Cambridge
NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26749>

Prescription opioid use among women of reproductive age and pregnant women is relatively common and growing prescription opioid use is associated with a commensurate increase in opioid use disorder (OUD) among pregnant women and neonatal abstinence syn-

drome (NAS) among infants. In this article, we examine whether state opioid control policies affected prescription opioid use and, in turn, infant health and maternal behaviors. We conduct several types of analyses including reduced form analyses of the effect of policies on infant health and maternal behaviors, and instrumental variables analyses of the effects of prescription opioid use on infant health and maternal behaviors. Results from our analysis suggest that reductions in prescription opioid use because of state prescription opioid control policies have improved infant health modestly at the population level with larger implied effects at the individual level.

Méthodologie-statistiques

Methodology-Statistics

► **In Praise Of Confidence Intervals**

ROMER D.

2020

**NBER Working Paper Series ; 26672. Cambridge
NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26672>

Most empirical papers in economics focus on two aspects of their results: whether the estimates are statistically significantly different from zero and the interpretation of the point estimates. This focus obscures important information about the implications of the results for economically interesting hypotheses about values of the parameters other than zero, and in some cases, about the strength of the evidence against values of zero. This limitation can be overcome by reporting confidence intervals for papers' main estimates and discussing their economic interpretation.

► **Le repérage des maladies et du handicap
dans les bases médico-administratives**

SAFON M. O.

2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-reperage-des-maladies-et-du-handicap-dans-les-bases-medico-administratives.pdf>

Cette bibliographie a pour objectif de recenser de la littérature scientifique sur le repérage des maladies et du handicap dans les bases médico-administratives. Les recherches ont été effectuées sur la base Medline pour la période allant de 2010 à février 2019. Les pathologies ciblées sont les maladies relevant du système nerveux (nervous system diseases, neurodegenerative diseases), les maladies cardiovasculaires (cardiovascular diseases, stroke, ...), les cancers (neoplasms), les maladies endocriniennes (endocrine system diseases, diabetes...) et les troubles psychiatriques (mental disorders). Les références sont accompagnées de résumés et classées par ordre alphabétique d'auteurs. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Public Policy

► **Vingt ans d'évaluations d'impact en France et à l'étranger - Analyse comparée des pratiques dans six pays**

BAIZ A., BONO P. H., DEBU S., *et al.*
2019

Document de travail; N°2019-16. Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/vingt-ans-devaluations-dimpact-france-letranger-analyse-comparee-pratiques-six-pays>

Alors que la France connaît actuellement, avec retard, un essor des évaluations d'impact, France Stratégie passe en revue les bonnes pratiques dans cinq des pays considérés comme les plus avancés en la matière : les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne. La comparaison de la France avec ces pays montre qu'il n'y a pas de modèle « clé en main » pour encourager l'évaluation d'impact. Cette étude vise à dresser un panorama complet des enjeux et des pratiques.

► **Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes. 2 tomes**

COUR DES COMPTES
2020

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>

Introduit par une courte rétrospective des travaux des juridictions financières en 2019, le rapport public annuel 2020 de la Cour des comptes comprend 22 chapitres, répartis en deux parties, mettant l'accent sur les services rendus au travers des politiques publiques. La première partie comporte 13 chapitres sur la situation d'ensemble des finances publiques à fin janvier 2020, les politiques et la gestion publiques, ainsi que sur l'action publique dans les territoires. La deuxième partie est consacrée, pour la première fois, à une thématique transversale : le numérique au service de la transformation de l'action publique, à travers 9 enquêtes. Une troisième partie se concentre spécifiquement sur le suivi des recommandations des juridictions financières. Enfin, un nouveau rapport d'activité présente

les actions, les résultats et les moyens des juridictions financières en 2019.

► **L'évaluation des politiques publiques en France**

DESPLATZ R. ET LACOUETTE-FOUGERE C.
2019

Document de travail; N°2019-13. Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr>

Ce document de travail examine la production d'évaluations d'impact et leur place dans le processus de décision en France. L'influence des évaluations est examinée selon trois critères : l'ouverture du milieu administratif aux chercheurs en économie; l'existence de dispositifs formels favorisant la mise en œuvre d'évaluations d'impact; enfin, le degré de diffusion et d'influence de ces évaluations sur le public et sur les décideurs.

► **Mission Haute fonction publique : propositions**

THIRIEZ F., MEAUX F. ET LAGNEAU C.
2020

Paris Premier Ministre.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/273425-rapport-thiriez-mission-haute-fonction-publique-propositions>

Les propositions rassemblées dans ce rapport sont issues de la mission Thiriez « Pour une haute fonction publique plus agile, plus attractive et plus représentative », portant sur le devenir de l'ENA et des autres grandes écoles publiques françaises. Le rapport préconise en particulier de regrouper « au sein d'une seule et même école les cadres supérieurs de la santé et de la Sécurité sociale afin d'accroître l'attractivité de ce secteur et ouvrir des perspectives de carrière plus vastes aux élèves ». L'Ehesp (Ecole des hautes études en santé publique) et l'EN3S (Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale) seraient donc fusionnées au sein de la nouvelle « Ecole des Hautes études de la santé et de la Sécurité sociale ». Concrètement, un tronc commun (organisé par un GIP regroupant toutes les écoles concernées) d'une durée de 6 mois précède-

rait l'entrée dans les différentes écoles d'application pour un cursus d'1 à 2 ans. A noter également la création de nouvelles classes préparatoires « égalité des

chances » et d'un concours spécial et le remplacement des 2ème et 3ème concours ainsi que le « tour extérieur » par une nouvelle voie d'accès professionnelle.

Politique de santé

Health Policy

► **Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. 2 volumes**

BOHIC N., FELLINGER F., SAIE M., *et al.*
2019

Paris Igas.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article774>

À la demande de la ministre des solidarités et de la santé, l'Igas a procédé en 2019 à l'évaluation du plan national déployé sur la période 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Afin de redonner une force d'entraînement à cette démarche, la mission de l'Igas formule un ensemble de recommandations pour l'élaboration du prochain plan. Celles-ci visent notamment à mieux insérer les soins palliatifs dans l'organisation des soins, à adapter davantage les actions à la diversité des contextes et problématiques de fin de vie, et à engager un effort important de formation et d'information. Le rapport préconise en outre certaines évolutions concernant les missions et la gouvernance du Centre national sur la fin de vie et les soins palliatifs.

► **Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide du parcours de soins**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2020

Paris Has.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2832000/fr/comment-mettre-en-oeuvre-une-sedation-profonde-et-continue-maintenue-jusqu-au-deces

La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) du patient est une procédure encadrée par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

qui fait suite à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et par le décret du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Afin d'aider les professionnels à prendre en charge leurs patients en fin de vie, ce guide décrit comment mettre en œuvre la SPCMD dans les situations indiquées par la loi : à la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable : elle est envisagée lorsqu'il n'y a pas d'autre solution pour apaiser la souffrance du patient en fin de vie ; chez un patient qui ne peut pas exprimer sa volonté, en cas d'arrêt des traitements de maintien en vie. La SPCMD provoquant une altération de la conscience poursuivie jusqu'au décès, ce guide en précise les conditions de réalisation, à domicile, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans un établissement de santé. Le processus décisionnel de l'arrêt des traitements, les sédations en situation palliative dans un contexte d'urgence, les sédations transitoires ou potentiellement réversibles, les sédations pour certains groupes de patients qui relèvent d'une prise en charge hautement spécialisée (néonatalogie) ne sont pas traitées dans ce document. Pour la pédiatrie, il ne concerne que les enfants ayant la maturité et la capacité de discernement pour « demander » d'éviter toute souffrance ou un arrêt des traitements ; il ne traite pas des pratiques sédatives dans les établissements médico-éducatifs et autres établissements sanitaires non hospitaliers. Ce guide est complémentaire des travaux de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) qui a rédigé des fiches repères pour guider les bonnes pratiques des sédations.

► **Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS**

GIORGI D., POIRET C. ET YENI I.
2018

Paris Igas.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article768>

Dans le cadre de son programme d'activité, l'Igas a évalué les stratégies déployées par les agences régionales de santé (ARS), près de 10 ans après leur création, pour faire évoluer l'offre de soins sur leur territoire, tant sur le plan hospitalier et ambulatoire que médico-social. Trois questions ont été abordées : - Les ARS sont-elles mobilisées de manière adaptée par les échelons centraux des ministères sociaux ? - Les moyens (humains, financiers et sous forme de systèmes d'information) à la disposition des ARS leur permettent-ils d'exercer

efficacement leur fonction de pilotage de l'offre de soins ? - Leurs instruments et modalités d'intervention sont-ils adéquats au regard des enjeux présents et futurs ? Trois ARS choisies pour leur représentativité et couvrant un tiers de la superficie du territoire ont fait l'objet d'investigations détaillées – en Auvergne Rhône-Alpes, Bretagne et Nouvelle Aquitaine. Il en ressort que si les ARS ont affirmé leur place, leur légitimité et leur expertise vis-à-vis de leurs interlocuteurs, les intentions qui ont présidé à leur création peuvent encore guider certaines améliorations à apporter aux conditions dans lesquelles elles exercent leur mission. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, les recommandations de la mission visent donc à conforter l'autorité régulatrice des ARS, au service de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins délivrés aux populations de leurs territoires.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Mental Health Statistics For England: Prevalence, Services And Funding**

BAKER C.
2020

Londres : House of Commons Library
<https://www.parliament.uk/commons-library>

How common are mental health problems? How long do people wait to access therapy for depression and anxiety? Do mental health services work for everyone? How much is spent on mental health services?

► **Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution**

EMMANUELLI J. ET SCHECHTER F.
2019

Paris Igas.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article766>

Près d'un quart des Français sont confrontés personnellement ou à travers leurs proches aux troubles psychiques. Ceux-ci sont classés au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. En forte

croissance, ces troubles suscitent des interrogations sur la nature des réponses apportées par notre système de santé (avec un recours important aux médicaments psychotropes), sur la temporalité des repérages et des prises en charges, et sur l'accessibilité financière très variable des différents types de soins. Plusieurs expérimentations ont été lancées au cours des années récentes, portant sur des populations adultes ou des jeunes, afin de faciliter une prise en charge précoce des troubles psychiques d'intensité faible à modérée (anxiété, troubles dépressifs...). Si elles sont encore trop récentes pour se prêter à une évaluation, ces expérimentations ont en commun de reposer souvent sur le recours aux psychologues libéraux (en lien avec le médecin traitant) et sur l'ouverture de nouvelles prises en charge par l'assurance maladie, dans des conditions spécifiques. Dans ce contexte évolutif, l'Igas a étudié la place des psychologues dans le système de soins – qui se révèle atypique – et son évolution possible dans le cadre de parcours de soins coordonnés donnant accès aux financements collectifs. Le rapport précise quelles pourraient en être les conditions pour ces professionnels, en termes par exemple de formation, de cadre déontologique et d'articulation avec les interventions des autres professionnels de santé.

► **Mental Health Policy In England**

PARKIN E. ET POWELL T.

2020

Londres : **House of Commons Library**

<https://www.parliament.uk/commons-library>

Ce dossier documentaire retrace la politique du NHS anglais en matière de santé mentale.

Sociologie

Sociology

► **Being Mortal : Illness, Medicine, And What Matters In The End**

GAWANDE A.

2014

Londres : **Profile Books**

La mort est souvent perçue comme une injustice, un échec, une souffrance continue. L'allongement de l'espérance de vie dans nos sociétés occidentales, qui nous a éloignés des réalités de notre condition de mortels, y est assurément pour quelque chose. La pratique médicale aussi, qui a tendance à multiplier les soins et les traitements coûte que coûte, même quand l'espoir n'est plus permis. Face à cet état de fait, le chirurgien Atul Gawande s'interroge sur la mort et les limites de

la médecine, et pose une question fondamentale : au crépuscule d'une vie, comment continuer à mener une existence aussi riche que possible ? Nombre de solutions existent, et une structure adaptée permet de gagner en qualité de vie. Atul Gawande l'illustre en racontant des histoires, parfois bouleversantes, et livre un véritable plaidoyer pour une médecine qui saurait écouter et discuter avec les patients de leurs désirs et de leurs peurs. À travers son approche humaniste de la question de la fin de vie, Atul Gawande a provoqué un vrai phénomène aux États-Unis, démontrant que la mort peut être apprivoisée et acceptée, et que l'on peut profiter jusqu'à la fin d'une vie pleine de sens, de satisfactions et de plaisirs.

Soins de santé primaires

Primary health care

► **Recruitment And Retention Of The Health Workforce In Europe**

BARRIBAL L., BREMNER J., BUCHAN J., *et al.*

2015

Bruxelles **Office des publications de la Communauté européenne.**

https://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/recruitment_retention_fr

Many EU countries report both difficulties in retaining and recruiting health staff frequently allied with the challenge of balancing the right number of healthcare

staff with the right skills in the right geographical areas to meet the changing needs of populations and health systems. These problems are becoming increasingly urgent as the healthcare demands increase, the health workforce shrinks, with many workers reaching retirement age, risking the future sustainability of Europe's health systems and access to care. This study funded under the EU health programme included: a literature review, a mapping and review of recruitment and retention practices for health professionals; eight case studies addressing recruitment and retention of health professionals and policy and management rec-

ommendations for policy makers, managers, health professionals, researchers and educators. The findings from the study identified many innovative solutions to the challenges of recruiting and retaining health staff.

► **Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale**

CHAPUT H., MONZIOLS M., VENTELOU B., *et al.*
2020

Etudes Et Résultats(1140)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense. De plus, 3 généralistes sur 4 ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Ces difficultés sont principalement liées aux délais d'obtention d'un rendez-vous, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres. Avec l'évolution de l'offre de soins environnante, 3 sur 10 déclarent se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie. Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins, les médecins généralistes comptent adapter leurs pratiques, par exemple en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné.

► **Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés**

CHAPUT H., MONZIOLS M., VENTELOU B., *et al.*
2020

Etudes Et Résultats(1138)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1138.pdf>

Les demandes de soins pour le jour même ou le lendemain, soins dits non programmés, constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. D'après le Panel d'observation des pratiques

et conditions d'exercice en médecine générale, en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. 8 médecins généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement, en proposant, par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous. Notamment, 45 % des médecins généralistes en proposent au moins une fois par semaine. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des soins non programmés en permanence. Près de 3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié. Pour ce type de demandes, le généraliste reçoit plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant que les autres. Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et un quart vers les urgences ou les services d'aide médicale urgente (Samu).

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2019**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
2019

Paris CNOM.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie sa 17^e enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires.

► **Physician Workforce Effect On Health**

FALCETONNI H.
2019

Washington Board of Governors of the Federal Reserve System.

Cities attract both more physicians and healthier people, but whether these two facts are causally related is yet to be determined, as many variables are correlated with both the physician concentration and health outcomes. This paper uses unidentifiable claims data from New Hampshire and treatment-effects analysis to address this question and finds that access to an additional physician per 10,000 residents leads to 4.5

saved lives per 100,000 residents. Using aggregate data and an instrumental-variable approach where I use the procedures carried out across areas joint with the policy-set reimbursement fees to instrument for the number of care providers, I show that these results generalize to the US as a whole. The results are robust to many specifications, to variations in the type of care providers considered, and to variations in how the instrument is constructed.

► **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé. Avis du HCAAM**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE
2020

Paris HCAAM.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/organiser-la-medecine-specialisee.html>

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans l'architecture future du système de soins ». Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017 qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée

avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis est complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes.

► **Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé. Perceptions et pratiques dans les Pays de la Loire**

ORS PAYS DE LA LOIRE ET URML PAYS DE LA LOIRE
2020

Nantes : ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire.

https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2020_panel4_mg_demographie_ps_23.pdf

Dans le cadre de la 1ère vague d'enquête du Panel 4 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale menée entre octobre 2018 et avril 2019, les médecins généralistes libéraux des Pays-de-la-Loire ont été interrogés au sujet de la démographie des professionnels de santé de leur zone d'exercice. Ce document décrit ainsi : - leurs perceptions de l'offre de soins en médecine générale sur leur territoire d'exercice, - leurs difficultés à répondre aux sollicitations des patients ou à orienter ces derniers vers leurs confrères spécialistes ou vers des professionnels paramédicaux, - leurs adaptations face aux perspectives d'évolutions de l'offre de soins libérale, - les déterminants du choix de leur lieu d'installation actuel. Les résultats présentés décrivent l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Pays-de-la-Loire (hors modes d'exercices particuliers exclusifs). Un focus est proposé pour les médecins exerçant en zone de sous densité médicale. Ce document n'analyse toutefois pas en détail les disparités territoriales, notamment départementales.

► **Organisation des cabinets médicaux des médecins généralistes libéraux dans les Pays de la Loire**

ORS PAYS DE LA LOIRE ET URML PAYS DE LA LOIRE
2020

Nantes : ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire.

https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2020_panel4_mg_org_cabinets_22.pdf

Dans les Pays de la Loire, près de neuf médecins généralistes libéraux sur dix disposent d'un secrétariat. C'est

11 points de plus qu'au niveau national et 14 points de plus qu'en 2011. Cette augmentation est en partie liée au développement de nouveaux outils à disposition des praticiens. En effet, les médecins généralistes, et particulièrement les plus jeunes, ont plus volontiers recours à des secrétariats téléphoniques à distance ou à des outils de prise de rendez-vous en ligne. Les praticiens font appel à des comptables pour les trois quarts d'entre eux. Néanmoins, le fait de disposer d'un secrétariat et/ou d'un comptable ne modifie pas le temps hebdomadaire qu'ils consacrent aux tâches de gestion, coordination, secrétariat et comptabilité. La région se distingue enfin par une proportion élevée de médecins agréés « maîtres de stage des universités » (43 %). C'est 13 points de plus qu'au niveau national.

► **Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît**

PLA A., CHONE P. ET COUDIN E.
2020

Etudes Et Résultats(1137)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1137.pdf>

En France, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 peuvent ajouter au prix conventionnel de l'acte un dépassement d'honoraires. Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux faisant l'objet de cette étude (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2. En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien, comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels, alors qu'en secteur 2, des mécanismes de concurrence sont systématiquement mis en évidence. En cas de hausse de la densité médicale locale, le volume de soins fournis par un spécialiste de secteur 2 augmente, alors que le prix pratiqué diminue. Il peut ainsi maintenir le niveau de ses honoraires. Face à l'arrivée de nouveaux concurrents, les spécialités techniques adaptent leur activité en augmentant les actes techniques pratiqués pour compenser la baisse du nombre des consultations. Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

► **Physician Health Management Skills And Patient Outcomes**

SIMEONOVA E., SKIPPER N. ET THINGHOLM P. R.
2020

NBER Working Paper Series ; 26735. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26735>

A host of different factors affect health and longevity, ranging from genetic endowments to public policy. Physicians have a substantial influence on patients' health and health-related costs, but we know little about the extent of this influence beyond clinical decisions such as adequate diagnosis and treatment. This paper demonstrates that the health management styles of primary care physicians significantly affect the health outcomes of their patients. Using data on the population of statin users in Denmark and matching patients to their primary care physicians, we show that the physician's ability to facilitate adherence with prescription medications has significant positive effects on patient outcomes and health costs even after controlling for observable and unobservable patient characteristics. Policy interventions aimed at improving this aspect of physicians' health management styles have important implications for patient outcomes and health care costs.

► **La pair-aidance : dossier documentaire**

SIZARET A.
2019

Besançon : Ireps

<https://ireps-bfc.org/sinformer/dossier-documentaire-sur-la-pair-aidance>

Ce dossier documentaire est consacré à la pair-aidance. Il s'inscrit dans un programme de travail mené par l'Agence régionale de santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté, dans le cadre de la démocratie en santé. Il se structure en 6 chapitres : un historique de la pair-aidance ; des définitions sourcées ; la pair-aidance dans les politiques de santé ; la place de l'utilisateur dans la prise en charge médicosociale ; quelques projets en France ou à l'étranger et enfin la question de la formation et de la professionnalisation. Il n'a pas la prétention de viser l'exhaustivité du savoir dans ce domaine : il rassemble des références bibliographiques dont les documents sont récents, francophones, et accessibles en ligne ou disponibles dans le centre de documentation de l'Ireps Bourgogne Franche-Comté.

Health Systems

► **Coordination Of Social Security Systems At A Glance. 2019 Statistical Report**

DE WISPELAERE. F., DE SMEDT ,. L. ET PACOLET J.
2020

Bruxelles Commission européenne.

This statistical report provides an overview and evaluation of the current data collection and reporting on the coordination of social security systems. It covers data collected both within the framework of the Administrative Commission and outside this framework (other data available at national or EU level). It draws conclusions and identifies trends by area of social security. Annex I contains a selection of the collected data by area. Annex II contains country fiches for all EU-28 / EFTA countries.

► **The Burden Of Disease In England Compared With 22 Peer Countries. A Report For NHS England**

PUBLIC HEALTH ENGLAND
2020

Londres Public Health England.

This document compares England with 22 other countries, setting out England's relative position in relation to the major disease burdens. It also identifies which diseases and risk factors in England are or are not improving, and which diseases and risks are improving at a faster or slower rate compared with peer countries. The paper compares England with both EU and non-EU countries.

Travail et sante

Occupational Health

► **Health, Wealth, And Informality Over The Life Cycle**

ALBERTINI J., FAIRISE X. ET TERRIAU A.
2020

Documents de travail; WP 2001. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique
<ftp://ftp.gate.cnrs.fr/RePEc/2020/2001.pdf>

How do labor market and health outcomes interact over the life cycle in a country characterized by a large informal sector and strong inequalities? To quantify the effects of bad health on labor market trajectories, wealth, and consumption, we develop a life-cycle heterogeneous agents model with a formal and an informal sector. We estimate our model using data from the National Income Dynamics Study, the first nationally representative panel study in South Africa. We run counterfactual experiments and show that health shocks have an important impact on wealth and consumption. The channel through which these shocks propagate strongly depends on the job status of individuals at the time of the shock. For formal work-

ers, bad health reduces labor efficiency, which translates into lower earnings. For informal workers and the non-employed, the shock lowers the job finding rate and increases job separation into non-employment, which results in a surge in non-employment spells. As bad health spells persist more for non-employed than for employed individuals, the interaction between labor market risks and health risks generates a vicious circle.

► **Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard**

AUBERT P.
2020

Etudes Et Résultats(1143)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1143.pdf>

En 2018, les personnes considérées comme handicapées, car fortement limitées dans les activités de la vie quotidienne, liquident leur retraite à 62,4 ans en

moyenne, soit 0,3 an de plus que les personnes sans incapacité, d'après l'enquête Emploi de l'Insee. Étant par ailleurs moins souvent en emploi, elles passent en moyenne 8,5 années sans emploi ni retraite après 50 ans, contre 1,8 an pour les personnes sans incapacité. Cet écart s'est accru depuis 2013, sous l'effet de la réforme des retraites de 2010. La liquidation des droits un peu plus tardive en moyenne pour les personnes handicapées s'explique par le fait que les départs anticipés à la retraite bénéficient davantage aux personnes sans incapacité. En 2018, 42 % de ces dernières sont déjà retraitées dans l'année qui précède l'âge légal minimal de droit commun, contre 19 % des personnes handicapées. Au début de leur retraite, 77 % des personnes n'ont aucune incapacité, 15 % ont des limitations modérées et 8 % sont handicapées. Les limitations se développent ensuite avec l'âge mais, en moyenne pour l'ensemble des retraités, 58 % de l'espérance de vie à la retraite est passée sans incapacité, et 80 % sans être fortement limité dans les activités de la vie quotidienne.

► **Health Shocks And The Evolution Of Earnings Over The Life-Cycle**

KEANE M., KAPATINA H., MARUYAMA S., *et al.*
2019

UNSW Economics Working Paper 2 ; 018-14a. Keane University of New South Wales

We study the contribution of health shocks to earnings inequality and uncertainty in labor market outcomes. We calibrate a life-cycle model with idiosyncratic health, earnings, employment and survival risk, where individuals make labor supply and savings decisions, adding two novel features. First, we model health as a complex multidimensional concept. We differentiate between functional health and latent health risk, and between temporary/persistent and predictable/unpredictable health shocks. Second, we model interactions between health and human capital accumulation. We find that, in an environment with both costly health shocks and means-tested transfers, low-skill workers find it optimal to reduce their labor supply in order to maintain eligibility for transfers that protect them from potentially high health care costs. Thus, means-tested transfers generate a moral hazard effect that causes agents (especially those with low productivity) to invest less in human capital. Provision of public insurance can alleviate this problem and enhance labor supply.

► **Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017. Enquête Sumer 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL
2019

Synthèse Stat' (Dares)(31)
<https://dares.travail-emploi.gouv.fr>

Ce numéro décrit, au travers de fiches, les principales expositions aux risques professionnels des salariés dans la fonction publique (en distinguant les trois versants de la fonction publique), ainsi que celles du secteur privé dans son ensemble. Les expositions aux risques professionnels sont présentées par type de contraintes physiques, organisationnelles, d'expositions aux agents biologiques, aux nuisances chimiques ainsi que pour trois indicateurs de risques psychosociaux. Les données présentées sont issues de l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) de 2017, enquête transversale qui permet de cartographier les expositions professionnelles des salariés, la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition.

► **Sick Of My Parents? Consequences Of Parental Ill Health On Adult Children**

NOREN A.
2020

Working papers ; 2020:1. Uppsala IFAU
https://econpapers.repec.org/paper/hhsifauwp/2020_5f001.htm

I study the consequences for labor market outcomes and sick leave of having an elderly parent in need of care. Using Swedish register data I compare the labor market outcome trajectories of adult children before and after their parent suffers a health shock. I find that employment and income of adult children are slightly reduced in the years leading up to the demise of their parent, but that the size of the impact is largest in the year, and the year after, parental demise. I also find that daughter's sick leave absence increases in the year that the parent dies. No effects on labor market outcomes are found from having a parent suffering stroke. Furthermore, I find no clear gender differences between sons and daughters in the impact of having a parent with increased care demand. Taken together, the results suggest that the opportunity costs of parental care need in the form of adverse labor market impacts are small.

► **New Evidence On Disability Benefit Claims In The UK: The Role Of Health And The Local Labour Market**

ROBERTS J. ET TAYLOR K.

2019

IZA Discussion Paper Series ; 12825. Bonn Iza

<https://econpapers.repec.org/paper/izaizadps/dp12825.htm>

During the 1980s and 1990s there was a steep rise in disability benefit claims in the UK, especially among older male workers, and the debate centred on the relative generosity of these benefits as well as the effects of deindustrialisation and job destruction. Since that time the disability benefit system has been subject to a series of reforms all largely aimed at reducing the number of claims and targeting benefits more closely to those with the greatest health need. At the same time the UK labour market has also evolved and in particular now has an historically low level of unemployment, accompanied by falling real earnings. In this paper we use individual longitudinal data from 2009 to 2018 in a dynamic panel framework to explore the relative importance of health status, benefit generosity and local labour market conditions for disability benefit claims in the modern UK labour market. We focus particularly on spatial variation in claims, and find that, in line with older evidence, while health status is clearly important, geographic variation in labour market conditions and benefit generosity still influence the propensity to claim those disability benefits that are conditional on not working. In addition, local benefit work capability re-assessment rates, which reflect the stringency that new procedures are being implemented locally, are an important factor. The average effects also mask important heterogeneity by sex, age, education level, income and across regions.

► **Socioeconomic Decline And Death: Midlife Impacts Of Graduating In A Recession**

SCHWANDT H. ET VON WACHTER T. M.

2020

NBER Working Paper Series ; 26638. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26638>

This paper uses several large cross-sectional data sources and a new approach to estimate midlife effects of entering the labor market in a recession on mortality by cause and various measures of socioeconomic status. We find that cohorts coming of age during the deep

recession of the early 1980s suffer increases in mortality that appear in their late 30s and further strengthen through age 50. We show these mortality impacts are driven by disease-related causes such as heart disease, lung cancer, and liver disease, as well as drug overdoses. At the same time, unlucky middle-aged labor market entrants earn less and work more while receiving less welfare support. They are also less likely to be married, more likely to be divorced, and experience higher rates of childlessness. Our findings demonstrate that temporary disadvantages in the labor market during young adulthood can have substantial impacts on lifetime outcomes, can affect life and death in middle age, and go beyond the transitory initial career effects typically studied.

► **Labour Market Outcomes For Cancer Survivors: A Review Of The Reviews**

SHARIPOVA A. ET BAERT S.

2019

IZA Discussion Paper Series ; 12856. Bonn Iza

<https://www.iza.org/en/publications/dp/12856/labour-market-outcomes-for-cancer-survivors-a-review-of-the-reviews>

Objectives: To synthesise the existing reviews conducted on the labour market outcomes of cancer survivors by focusing on (i) the convergences and divergences on the overall work-related outcomes, (ii) the moderating factors studied to date, and (iii) an identification of areas where more research is needed in the future. Methods: A systematic review of the existing reviews on labour market outcomes for cancer survivors was performed. Bibliographic search for eligible studies published before January 2019 involved the following three core concepts: (i) cancer survivors, (ii) work, and (iii) review. The quality of the included reviews was assessed based on the Johns Hopkins Hospital Evidence Level and Quality Guide. Following this, a narrative synthesis of the findings was completed. Results: In total, 35 articles met the inclusion criteria. The average return to work (RTW) rate varied between 54% and 66%. The self-reported work ability was consistently lower following cancer. This review also found strong converging evidence of self-reported discrimination after cancer. The effects on work performance showed several inconsistencies, possibly due to the use of different definitions of work performance. Most moderating factors for successful work outcomes showed converging evidence, except

for age, marital status, cancer type, and country. We provide several possible explanations and linkages for these divergencies. Conclusions: Further investigation of causal relationships by (i) using matched control groups and by (ii) gathering longitudinal data, and the use of more standardised definitions of the outcome variables are the two main future research recommendations. Furthermore, no studies have succeeded in measuring the work outcomes objectively. We provide specific recommendations from an interdisciplinary context to solve this.

► **Effects Of The Minimum Wage On Child Health**

WEHBY G., KAESTNER R., LYU W., *et al.*
2020

NBER Working Paper Series ; 26691. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26691>

Effects of the minimum wage on labor market outcomes have been extensively debated and analyzed. Less studied, however, are other consequences of the minimum wage that stem from changes in a household's income and labor supply. We examine the effects of the minimum wage on child health. We employ data from the National Survey of Children's Health in conjunction with a difference-in-differences research design. We estimate effects of changes in minimum wage throughout childhood. We find evidence that an increase in the minimum wage throughout childhood is associated with a large improvement in child health. A particularly interesting finding is that much of the benefits of a higher minimum wage are associated with the period between birth and age 5.

Vieillesse

Ageing

► **Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé**

ABDOUL-CARIME S.
2020

Etudes Et Résultats(1141)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1141.pdf>

L'état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile, d'après l'enquête Care de la Drees réalisée en 2015 et 2016. Cet écart s'explique en partie par le fait que la dégradation de l'état de santé de ces personnes est la cause majeure de l'entrée en établissement. Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année, contre 44 % des personnes âgées résidant à domicile. Le manque d'appétit et de motivation pour effectuer des activités quotidiennes est

respectivement deux et sept fois plus fréquents chez les personnes vivant en établissement que parmi celles restées à domicile. Les états dépressifs sont également plus répandus que dans le reste de la population du même âge. La moitié des résidents consomment des antidépresseurs, contre une personne âgée de plus de 75 ans sur sept résidant à domicile. Un senior sur cinq vivant en établissement déclare souffrir de dépression. Environ un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile. L'état de santé, la fréquence et la qualité des relations sociales sont les principaux facteurs associés à l'état psychologique. Le sentiment d'isolement est toutefois un meilleur indicateur du bien-être que la fréquence objective des visites.

► **Retraites : retour sur trente ans de débats et de réformes**

BLANCHET D.
2020

Population Et Sociétés(574)

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29948/574.population.societes.fevrier.2020.retraite.croissance.fr.pdf

Quel que soit l'angle sous lequel on aborde le débat sur les retraites, la question de fond est celle de l'arbitrage entre effort de financement d'un côté, durée moyenne et niveau moyen de la retraite de l'autre. Didier Blanchet replace cette question dans une perspective historique. Comment cet arbitrage a-t-il évolué depuis la mise en place du système ? Comment a-t-il été affecté par les réformes conduites depuis le début des années 1990 ? Répondre à ces questions aide à mieux évaluer et circonscrire les problèmes qui restent à résoudre.

► **Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes**

CHELOUDKO P., MARTIN H. ET TREGUIER J.
2020

Dossiers De La Drees (Les)(49)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd49.pdf>

Le système de retraite français intègre à la fois une logique contributive dans laquelle les assurés acquièrent des droits à retraite en contrepartie des cotisations, et une logique non-contributive dans laquelle des droits sont acquis au titre de la solidarité nationale. Cette dernière prend la forme de divers dispositifs de solidarité rentrant en compte dans le calcul du montant de la pension de retraite, et qui représentent au total 43,8 milliards d'euros en 2016, soit 16,3 % de la masse des pensions de droit direct servie par le système de retraite, cette proportion étant relativement variable d'un régime de retraite à l'autre. Certains dispositifs, comme la majoration de pension destinée aux parents d'au moins trois enfants (8 milliards d'euros en 2016) ou les mécanismes de minimums de pension (8,5 milliards d'euros en 2016) majorient directement la pension des retraités qui en bénéficient. D'autres dispositifs augmentent le nombre de trimestres (dans les régimes en annuités) ou le nombre de points (dans les régimes en points) pour calculer la pension. Des trimestres sont accordés aux assurés qui connaissent des interruptions de carrière

(10,1 milliards d'euros, soit 3,8 % du total) ou au titre de la naissance et de l'éducation des enfants (6,9 milliards d'euros, soit 2,5 % du total). Enfin, plusieurs dispositifs autorisent certains assurés, qui exercent des métiers pénibles ou dangereux, ou dont l'état de santé le justifie, à partir à la retraite avant l'âge légal d'ouverture des droits (10,3 milliards d'euros, soit 3,8 % du total).

► **La retraite complémentaire Agirc-Arrco : des efforts de redressement et de rationalisation à poursuivre**

COUR DES COMPTES. (2020)
2020

In: [Le rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes. Tome I.] Paris : Cour des comptes: 504-537.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020>

La retraite complémentaire obligatoire des salariés du secteur privé est gérée par les partenaires sociaux via la fédération Agirc-Arrco, issue de la fusion le 1^{er} janvier 2019 de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc) et de l'Association pour le régime complémentaire des salariés (Arrco), créées respectivement en 1947 et en 1961, et des institutions de retraite complémentaires (IRC) adhérentes de la fédération. Celles-ci sont membres de groupes de protection sociale (GPS) qui ont, par ailleurs, des activités concurrentielles d'assurance. À fin 2017, 18,2 millions de salariés cotisaient à l'Arrco, dont 4,2 millions de cadres cotisant également à l'Agirc, et le nombre de retraités s'élevait à 12,6 millions (y compris 3,1 millions d'anciens cadres), dont 9,7 millions de droit direct. En 2018, les cotisations ont représenté 75,3 Md€ et les prestations 79,4 Md€, soit près d'un quart des dépenses de retraite obligatoire. Dans un rapport thématique de 2014, la Cour a, dans un contexte financier préoccupant, recommandé des mesures de redressement et des économies de gestion et préconisé des orientations pour améliorer la soutenabilité des régimes et les fusionner. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, elle a mis l'accent sur la nécessaire articulation entre régimes de base et complémentaires.

► **Rémunérations et statut des aidant.e.s : Parcours, transactions familiales et types d’usage des dispositifs d’aide**

DE BONY J., GIRAUD O., PETIAU A., *et al.*
2019

Paris CNSA.

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/quelle-remuneration-et-quel-statut-pour-les-proches-aidants-de-personnes-en-perte-dautonomie-ou-en-situation-de-handicap>

Ce projet de recherche s’intéresse à la monétarisation de l’aide consentie par des proches à une personne en situation de handicap ou une personne âgée en perte d’autonomie, au titre de ce qui est couvert par les dispositifs publics d’accompagnement que sont la Prestation de compensation du handicap (PCH) et l’Allocation personnalisée d’autonomie. Précisément, il étudie différentes facettes de la monétarisation du travail d’aide consenti par les proches aidants, à la fois en ce qu’elle fait l’objet d’une régulation dans le contexte de l’action publique (i), et en ce qu’elle renvoie à des vécus et à des trajectoires et modes de vie concrets des aidant.e.s (ii).

► **Les effectifs soignants en Ehpad : état des lieux et perspectives**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2019

Paris FHF.

<https://www.fhf.fr>

Le renforcement significatif des effectifs en EHPAD constitue l’un des enjeux majeurs de la réforme attendue du grand-âge et l’une des principales revendications de la FHF, comme de l’ensemble des acteurs du secteur. Afin d’objectiver le besoin et le niveau requis de postes supplémentaires, la Conférence Nationale des Directeurs d’Établissements pour Personnes Âgées et Handicapées a lancé une enquête sur les effectifs dans les EHPAD publics pour définir un ratio cible et en mesurer les impacts financiers. Partant de la réalité du terrain et de l’organisation des établissements, la CNDEPAH formule des propositions concrètes en termes d’évolution des effectifs (ratio cible de 0,58 pour les personnels AS/AMP/ASH/Aux) et précise les financements supplémentaires à mobiliser pour atteindre cet objectif.

► **The Growth And Geographical Variation Of Nursing Home Self-Pay Prices**

HUANG S. S., HIRTH R. A. ET BANASZAK-HOLL J.
2019

Mrdrc Wp 2019-397.

<https://mrdrc.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp397.pdf>

Nursing home care is arguably the largest financial risk for the elderly without private or social insurance coverage. The annual out-of-pocket expenditure can easily exceed \$70,000. Despite the substantial financial burdens on the elderly, the understanding of nursing home self-pay prices is rather sparse due to data limitation. To bridge the gap in the literature, we collected a unique and longitudinal price dataset from eight states, spanning from 2005 to 2010, to advance the understanding of the determinants and geographical variations of nursing home price and price growth. Overall, nursing home prices have consistently outpaced the inflation of consumer prices, particularly in California and Oregon. We also see faster price growth in markets where they face stricter capacity constraints and have higher for-profit market shares. Organizational structures are also significantly associated with price variations. We find that nonprofit nursing homes have higher prices than for-profit nursing homes and that chain-affiliated nursing homes charge higher prices than nonchains counterparts.

► **Enhancing The Sustainability Of Long-Term Care**

MARCZAK J., WITTENBERG R. ET DOETTER L. F.
2019

Eurohealth 25(4): 40.

Long-term care in Europe is struggling to keep up with rising demand from an ageing population that brings with it an associated increase in complex disabilities and chronic conditions such as dementia. With demand expected to continue growing in the future, policymakers have become increasingly interested in finding innovative solutions to ensure the sustainability of long-term care. Many of these solutions involve efforts to prevent or delay formal long-term care dependency by older people, either by improving health and wellbeing or by securing the supply of informal carers. Eurohealth Observer - Preventing social isolation and loneliness among older people, Improving outcomes for people with long-term care

needs through personalisation, Policy measures adopted to support unpaid care across Europe, Long-term care and migrant care work: addressing workforce shortages while raising questions for European countries; Eurohealth International - Patient engagement strategies to move towards earlier diagnosis of Alzheimer's disease; Eurohealth Systems and Policies - Switching health insurer in the Netherlands: price competition but lacking competition on quality, Implementing advanced practice nurses in Swiss primary care, Centralising health care administration in Finland – an inevitable path?, New primary care policy in the Russian Federation; and Eurohealth Monitor

► **Seul, en couple ou en coresidence : fragilisation et soutien à domicile après 60 ans. Résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 en région Carsat et CGSS**

RENAUT S.

2020

Cahiers De La Cnav (Les)(14)

<https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/les-cahiers-de-la-cnav-n-14-fevrier-2020.html>

En 2014, plus de 15 millions de personnes de 60 ans ou plus vivent en France à domicile et on estime que 15 % d'entre elles sont en situation de fragilisation (mauvaise santé et maladie chronique, grandes difficultés dans les fonctions sensorielles, motrices et cognitives), soit plus de deux millions de personnes. Quelle que soit la région ou la CGSS, les situations de fragilisation sont toujours plus fréquentes au sein de la population habitant seule (19 %) ou en coresidence (17 %) par rapport à la population vivant à deux en couple (11 %). Dans toutes les régions, les personnes en situation de fragilisation déclarent plus de soutien lorsqu'elles sont seules (92 %) ou en coresidence (88 %) que si elles vivent à deux en couple (82 %). Le plus faible taux de fragilisation pour les personnes en couple ne doit pas masquer leur importance relative : les personnes en couple sont aussi nombreuses que les personnes seules (42 % en situation de fragilisation dans les deux cas et 16 % en coresidence). Si on élargit l'examen des situations de fragilisation aux cohabitants, on compte alors 3 millions de personnes confrontées à une situation de fragilisation pour elles-mêmes ou une autre personne du ménage; les personnes en couple sont alors plus nombreuses que les personnes seules. Vieillir à deux, seul ou en coresidence est une donnée souvent mal

connue et pourtant essentielle à considérer pour aller au-devant des retraités et sensibiliser les plus jeunes aux démarches de prévention comme le font les Carsat et les CGSS à travers leur offre de services.

► **Vieillir à deux, seul ou en coresidence : évolution de l'aide entre 1999 et 2015**

RENAUT S.

2020

Cadrage(42)

<https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/cadrage-n-42-janvier-2020.html>

Dans la France métropolitaine de 2015, 5,2 millions de personnes de 75 ans ou plus résident en logement ordinaire dont une sur deux en couple; en 1999, elles étaient 3,8 millions et deux sur cinq vivaient en couple. Le nombre de personnes de 75 ans ou plus ou déclarant être aidées par un proche ou un professionnel pour une activité de la vie quotidienne a progressé (2,1 millions en 2015 contre 1,8 en 1999), bien que la part de personnes déclarant être aidées ait diminué (41 % en 2015 contre 48 % en 1999). Depuis 15 ans, l'amélioration des conditions de santé et d'autonomie explique le moindre recours à l'aide dans les activités de la vie quotidienne pour les personnes seules, en coresidence et surtout pour celles qui vivent à deux avec leur conjoint. En 1999, l'aide conjugale s'adressait davantage aux hommes; elle est désormais aussi fréquente auprès des femmes; en 15 ans, le nombre des aidants conjugaux et surtout celui des hommes impliqués dans l'aide ont augmenté.

► **Vieillir à deux, aides et entraide dans le couple**

RENAUT S.

2018

Paris Cnav.

https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/images/recherche-vieillessement/Vieillir_deux_Rapport_de_recherche_aot2018.pdf

Dans les enquêtes, la déclaration des aides et des aidants des personnes âgées est soumise à la subjectivité du déclarant, généralement la personne aidée. Cet aspect prend une dimension particulière pour la déclaration du conjoint aidant, avec des oublis possibles pour les aides « ordinaires » de la vie courante.

L'appel à projet de la Drees pour la réalisation de post-enquêtes qualitatives à la suite des enquêtes Care est l'occasion d'enrichir les données quantitatives en accédant au détail des aides et du besoin d'aide, hors des prises en charge reconnues officiellement et surtout, d'observer l'entraide ou la réciprocité des aides rarement appréhendée dans les enquêtes. Sur le plan méthodologique, les entretiens ne visent pas des situations particulières en matière de pathologie, de sévérité de handicap ou de dépendance. Le premier objectif est de privilégier la parole de tous, conjoints aidés/ conjoints aidants, pour appréhender la conception et la représentation de l'aide « en général » à travers la définition de l'aide et de son contenu que donnent les enquêtés eux-mêmes. Dans l'intimité du logement, les entretiens questionnent la réalité de l'aide entre conjoints. En les écoutant parler de la négociation des aides dans le couple, du rôle de l'aide unilatérale et la part du soutien réciproque, les modes d'organisation et de configurations des aides se dessinent autour du couple aidant/aidé. Poursuivant cet objectif, nous cherchons à observer dans quelle mesure, à partir de quand et jusqu'où, le conjoint se perçoit comme aidant, quel est son rôle dans le non-recours (retard) aux aides extérieures? Finalement, notre objectif principal est bien de comprendre comment la vie à deux et l'interdépendance de la relation entre conjoints peuvent renforcer la capacité à faire face au besoin d'aide ou au contraire restreindre la disposition à se faire aider.

data provided direct evidence on cognitive impairment and difficulty managing finances. The Medicare records are an imperfect guide to cognitive impairment as a medical diagnosis. About 40 percent of persons with impairment consistent with dementia are not identified in Medicare, and about 40 percent of persons with a diagnosis in Medicare records do not have impairment that severe. The records are even worse as a guide to who perceives or is perceived by others as needing assistance with financial management. Outside of institutional settings, Medicare records identify fewer than half the people needing assistance with financial management, and point to a substantial number of people who say they do not. The use of Medicare records alone to identify older beneficiaries in need of assistance with financial management would lead to substantial errors in coverage.

► **How Well Can Medicare Records Identify Seniors With Cognitive Impairment Needing Assistance With Financial Management**

WEIR D. ET LANG K.

2018

Mrdrc Wp 2018-391.

<https://mrdrc.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp391.pdf>

Aging countries should have an interest in policies to assist older beneficiaries in managing finances when there is a need. This project investigated the value of Medicare records as a guide to identifying persons with cognitive impairment in need of assistance with financial management. It used data from the Health and Retirement Study (HRS) on persons 65 and older, who consented to linkage to Medicare records at a rate of approximately 90 percent. Sampling weights were adjusted to account for linkage rates. The HRS survey

Index des auteurs Author index

A

Abdoul-Carime S.....	37
Adjerad R.....	9
Agence Nationale d'Appui à la Performance.....	21
Aizawa N.	9
Albertini J.	34
Alonso-Garcia J.....	24
Arnold S.....	24
Aubert P.	34

B

Baert S.	36
Baiz A.	27
Baker C.	29
Banaszak-Holl J.....	39
Barribal L.	30
Blanchet D.	38
Bohic N.	28
Bono P. H.	27
Bourgarel S.	20
Bremner J.....	30
Brugeron P. E.....	17
Buchan J.....	30
Burnel P.....	11

C

Caisse des dépôts et consignations.....	11
Carey C.	25
Carli P.....	22
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale	9
Chaput H.	12 , 31
Cheloudko P.	38
Chone P.....	33
Commission Européenne.....	12
Conférence Nationale du Handicap.....	20
Conseil d'Orientation des Retraites.....	13
Conseil National de l'Ordre des Médecins.....	31
Conti G.	23

Costa F.....	18
Cotti C. D.....	13
Coudin E.....	33
Cour des comptes	12
Cour des Comptes.....	14 , 25 , 27
Cour des Comptes. (2020)	38
Courtemanche C. J.	13 , 16
Cowan B. W.....	23
Culture et Santé.....	23
Currie J.....	21

D

Dagorn C.	21
De Bony J.....	39
Debu S.....	27
De Donder P.....	14
Desplatz R.....	27
Doetter L. F.....	39

E

Emmanuelli J.....	29
-------------------	----

F

Fairise X.....	34
Falcattoni H.....	31
Fédération Hospitalière de France	39
Fellinger F.	28
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire ...	10
Fu C.	9

G

Gawande A.	30
Giorgi D.	21 , 29
Giraud O.	39
Guignard R.....	18

H

Hashiguchi T.C.O.	13
Haut Conseil de la Santé Publique	16
Haut Conseil de Santé Publique	24
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie	32
Haute Autorité de Santé.....	28
Health Data Hub.....	13
Hirsch E.	17
Hirth R. A.....	39
Huang S. S.....	39
Hudomiet P.....	24
Hurd M. D.	24

I

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé.....	21
Institut national de la statistique et des études économiques	11

J

Jijie A. S.....	24
-----------------	----

K

Kaestner R.	26 , 37
Kapatina H.	35
Keane M.....	35

L

Lacouette-Fougere C.....	27
Lagneau C.....	27
Lang K.....	41
Lassila J.....	14
Legendre B.....	18
Leroux M. L.....	14
Lieber E. M. J.....	25
Longeot J. F.....	19
Lucas-Gabrielli V.....	19
Lyu W.	37

M

Macleay J. C.....	13
Mangeney C.	19
Marczak J.	39
Martin H.....	38
Maruyama S.	35
Mason G.	23
Maurey H.....	19
McGuire T. G.	10
Meaux F.....	27
Mejane J.	11
Mesnier T.....	22
Meunier A.	21
Miller S.....	25
Ministère chargé de la Santé.....	15
Ministère chargé du Travail.....	35
Monziols M.	12 , 31

N

Noren A.	35
Nunes L.....	18

O

Organisation Mondiale de la Santé	17
ORS Pays de la Loire URML Pays de la Loire...	32

P

Pacolet J.....	34
Palle C.	17
Parkin E.	30
Pasquereau G.	18
Petiau A.....	39
Pinkston J. C.....	16
Pla A.	33
Poiret C.	29
Poupakis S.	23
Powell T.....	30
Public Health England.....	34

Q

Quatremere G. 18

R

Renaut S. 40
 Roberts J. 36
 Rohwedder S. 24
 Romer D. 26
 Rose S. 10
 Rouzier-Deroubaix A. 11

S

Safon M. O. 15 , 26
 Saie M. 28
 Sanches F. 18
 Schechter F. 29
 Schwandt H. 36
 Seimandi T. 22
 Serres J. F. 20
 Sharipova A. 36
 Simeonova E. 33
 Sizaret A. 33
 Skipper N. 33
 Slusky D. 21
 Stewart J. 16

T

Taquet A. 20
 Taylor K. 36
 Tefft N. 23
 Terriau A. 34
 Thingholm P. R. 33
 Thiriez F. 27
 Treguier J. 38

V

Valkonen T. 14
 Ventelou B. 12 , 31
 Von Wachter T. M. 36

W

Wehby G. 37
 Weir D. 41
 Wittenberg R. 39

Y

Yeni I. 29

Z

Ziedan E. 26
 Zink A. L. 10

