

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Décembre 2021 / December 2021

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>health inequalities</i>
Médicament	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology – Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 13 **The Effect of Medicaid on Care and Outcomes For Chronic Conditions: Evidence From the Oregon Health Insurance Experiment**
Allen H. et Baicker K.
- 13 **Private Health Insurance and the European Union**
Benoit C., Del Sol M. et Martin P.
- 13 **Buying Control? ‘Locus of Control’ and the Uptake of Supplementary Health Insurance**
Bonsang E., Costa-Font J. et De New S. C.
- 14 **Long-Term Care Partnership Effects on Medicaid and Private Insurance**
Costa-Font J. et Raut N.
- 14 **Market Segmentation and Competition in Health Insurance**
Dickstein M. J., Ho K. et Mark N. D.
- 14 **Redessiner l’assurance santé au bénéfice de tous les Français : Livre blanc**
Fédération française de l’Assurance
- 14 **Europeanized, Marketized but Still Governed By the State? Private Health Insurance in France**
Goron G., Houssoy T. et Benoit C.

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

- 15 **Understanding Algorithmic Discrimination in Health Economics Through the Lens of Measurement Errors**
Basu A., Hammarlund N. et Khor S.
- 15 **The Impact of Healthcare IT on Clinical Quality, Productivity and Workers**
Bronsoler A., Doyle J. J. et Van Reenen J.

- 15 **La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d’efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir**
Cour des Comptes
- 16 **La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins**
Cour des Comptes
- 16 **Evaluation des besoins de l’État en compétences et expertises en matière de donnée**
Direction Interministérielle du Numérique
- 16 **Use of Digital Health Tools in Europe**
Fahy N. et Williams G. A.
- 16 **Technology Adoption and Market Allocation: the Case of Robotic Surgery**
Horn D., Sacarny A. et Zhou A.
- 17 **Programme Ségur Numérique - SUN-ES - Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé**
Ministère chargé de la Santé
- 17 **Feuille de route de la politique à mener en matière de données, d’algorithmes et de codes sources au sein du ministère des solidarités et de la santé**
Ministère chargé de la Santé
- 17 **L’ouverture des données de santé à la recherche en France**
Suhard V.
- 17 **Télesurveillance médicale : 8 recommandations pour une généralisation réussie**
Think Tank Numérique DM et Santé
- 17 **Health Literacy Improvement and Use of Digital Health Services in Aged People: A Systematic Literature Review**
Zolbin M. G. et Nikou L.

Économie de la santé Health Economics

- 18 **The Impact of Financial Assistance Programs on Health Care Utilization**
Adams A. S., Kluender R., Mahoney N., et al.
- 18 **Les travailleurs indépendants sous-investissent-ils dans leur santé ?**
Auge E. et Sirven N.
- 18 **Le système français de protection sociale**
Barbier J. C., Zemmour M. et Theret B.
- 19 **A Structural Microsimulation Model For Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare**
Boone J. et Remmerswaal M.
- 19 **Complémentaires santé : moteur de l'innovation politique**
Bouzou N. et Moukala Same G.
- 19 **Les dépenses relatives aux soins de santé en 2019 dans le cadre de la mobilité internationale**
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
- 19 **Avis du Comité d'alerte n° 2021-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**
Comité d'Alerte de l'Ondam
- 20 **MISSOC - Mutual Information System on Social Protection**
Commission Européenne
- 20 **La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes
- 20 **Oser une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé**
Davet J. L., Gueniau J. et Tison E.
- 21 **Évaluation du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) : bilan et perspectives**
Ferras B. et Lepine C.
- 21 **Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ?**
Franc C., Raynaud D., Barnay T. c., et al.
- 22 **Medical Expenditures over the Life Cycle: Persistent Risks and Insurance**
Fukai T., Ichimura H., Kitao S., et al.
- 22 **Assurance santé : aux frontières du public et du privé**
Gay R., Sauvat C., Batifoulier P., et al.
- 22 **Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021**
Gonzalez L., Lefebvre G., Mikou M., et al.
- 23 **Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2022**
Haut Conseil des Finances Publiques
- 23 **Combien dépenser pour la santé ? Une perspective démocratique**
Heard M.
- 23 **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020 : édition 2021**
Ministère chargé de la Santé
- 23 **World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future**
Organisation Internationale du Travail
- 23 **The Effect of Safety Net Generosity on Maternal Mental Health and Risky Health Behaviors**
Schmidt L., Shore-Sheppard L. D. et Watson S.
- 24 **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS). Synthèse REPSS 2022 : Soutenir et développer notre protection sociale**
Direction de la Sécurité Sociale
- 24 **Quelle valeur collective accorder à la santé ? Une question relancée par la crise sanitaire**
Thebaud A.
- Covid**
- 25 **How Does Exposure to Covid-19 Influence Health and Income Inequality Aversion?**
Asaria M., Costa-Font J. et Cowell F.
- 25 **Social Protection and Inclusion Policy Responses to the COVID-19 Crisis an Analysis of Policies in 35 Countries**
Baptista I., Marlier E., Spasova S., et al.
- 25 **Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation**
Cour des Comptes

25 **Global Evidence on the Economic Effects of Disease Suppression During Covid-19**
Rothwell J. T. et Srinivasan R.

26 **Cost/Benefit Analysis of Covid-19 Pandemic Suppression Using an SEIR Model**
Vines D., Maciejowski J., Rowthorn R., et al.

État de santé Health Status

26 **Intended and Unintended Effects of E-Cigarette Taxes on Youth Tobacco Use**
Abouk R., Courtemanche C. J., Dave D. M., et al.

27 **The Effect of Medicaid on Care and Outcomes For Chronic Conditions: Evidence From the Oregon Health Insurance Experiment**
Allen H. et Baicker K.

27 **The Consequences of Chronic Pain in Mid-Life: Evidence From the National Child Development Survey**
Blanchflower D. G. et Bryson A.

27 **La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques**
Dahan M., Ferras B. et Saie M.

28 **Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme : 1991-2021**
Douchet M. A. et Le Nezet, O.

28 **Exposure to Cigarette Taxes As a Teenager and the Persistence of Smoking into Adulthood**
Friedson A. I., Li M. et Meckel K.

28 **Guide du parcours de soins : Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC)**
Haute Autorité de Santé

28 **Impact de la pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine : réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et impact à long terme pour la période 2016-2019**
Medina S., Adelaide L., Wagner V., et al.

29 **Health Profile For England 2021**
Public Health England

29 **Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016**
Ung A., Chatignoux E., Beltzer N., et al.

Covid

29 **Besoins et suivi des patients atteints de Covid long**
Castanares-Zapatero D., Kohn J. L., Dauvrin M., et al.

30 **Which Beliefs? Behavior-Predictive Beliefs Are Inconsistent with Information-Based Beliefs: Evidence From COVID-19**
Heffetz O. et Ishai G.

30 **Clinical Features and Prognostic Factors of Covid-19 in People Living with HIV Hospitalized with Suspected or Confirmed SARS-Cov-2 Infection**
Organisation Mondiale de la Santé

30 **Espoir, fragilité, inquiétudes : le vécu de l'épidémie Covid par 2300 patients insuffisants rénaux, dialysés et greffés**
Renaloo

Géographie de la santé Geography of Health

31 **Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français**
Crouzet M., Carrere A., Laborde C., et al.

31 **The Causal Effects of Place on Health and Longevity**
Deryugina T. et Molitor D.

Handicap Disability

31 **Rapport d'information sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**
Bazin A. et Bocquet E.

32 **Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap - Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux**
Bohic N. et Le Morvan F.

32 **La précarité professionnelle des femmes handicapées**
Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap

- 32 **Accessibilité aux soins : cas particulier des personnes malentendantes et sourdes**
Siret C., Cressard P., Elana E., et al.

Hôpital Hospital

- 33 **Analyse de l'activité hospitalière 2020 : HAD et MCO**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 33 **Bilan social 2019**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 33 **Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile**
Boisguerin B., Delaporte A. et Vacher T.
- 34 **Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services**
Cour des Comptes
- 34 **En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants**
Dixte C. et Bour R.
- 34 **Demain, quel hôpital public ?**
Grimaldi A., Vernant J. P., Kervasdoué J. de., et al.
- 35 **Qualité des soins perçue par le patient. Indicateurs PROMs et PREMs? : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements**
Haute Autorité de Santé
- 35 **Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes sur les soins critiques**
Leroche C.
- 35 **En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-2019 a diminué de 13 % par rapport à 2019**
Naouri D.
- 35 **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France**
Or Z., Toure M. et Rococo E.

Covid

- 36 **Analyse de l'activité hospitalière 2020. Covid-19**
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- 36 **The Financial Fragility of For-Profit Hospitals: Evidence From the COVID-19 Pandemic**
Bai G., Jimenez D. et Phan P.

Inégalités de santé health inequalities

- 37 **Early Childhood Development, Human Capital and Poverty**
Attanasio O., Cattani S. et Meghir C.
- 37 **The Great Divide: Education, Despair and Death**
Case A. et Deaton A.
- 37 **The Measurement of Health Inequalities: Does Status Matter?**
Costa-Font J. et Cowell F.
- 38 **Trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale - Actes du séminaire de recherche comité scientifique du CNLE - DREES**
Duvoux N. et Lelievre M.
- 38 **The Effects of Education on Mortality: Evidence Using College Expansions**
Fletcher J. et Noghanibehambari H.
- 38 **Privations matérielles et sociales depuis 2013. Enquête SRCV**
Insee
- 38 **Inequality in Mortality Between Black and White Americans By Age, Place, and Cause, and in Comparison, to Europe, 1990-2018**
Schwandt H., Currie J., Bar M., et al.

Covid

- 39 **Mortality Rates By College Degree Before and During COVID-19**
Case A. et Deaton A.
- 39 **Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé**
Haut Conseil de la Santé Publique

- 40 **Baromètre sur la solitude et l'isolement des personnes de 60 ans et plus**
Petits Frères des Pauvres

Médicament

Pharmaceuticals

- 40 **Medication of Postpartum Depression and Maternal Outcomes: Evidence From Geographic Variation in Dutch Prescribing**
Currie J. et Zwiens E.
- 40 **A Taste of Their Own Medicine: Guideline Adherence and Access to Expertise**
Finkelstein A., Persson P. et Polyakova M.
- 41 **Études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et des dispositifs médicaux : guide méthodologique**
Haute Autorité de Santé
- 41 **Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2020**
Leem
- 41 **Effects of Opioid-Related Policies on Opioid Utilization, Nature of Medical Care, and Duration of Disability**
Neumark D. et Savych B.

Méthodologie – Statistique

Methodology – Statistics

- 42 **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**
Calvo M., Leroy C. et Richet-Mastain L.
- 42 **Measuring Health at a Global Level with a Unified Tool: A Review of Institutional and Methodological Milestones of the Global Burden of Disease Project**
Lionello L., Counil E. et Henry E.
- 43 **Probabilistic Prediction For Binary Treatment Choice: with Focus on Personalized Medicine**
Manski C. F.

Politique de santé

Health Policy

- 43 **Rapport d'information sur les soins palliatifs**
Bonfanti-Dossat C., Imbert C. et Meunier C.
- 43 **Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadre**
Bourgeois I., Morize N. et Fournier C.
- 43 **Pour une alimentation saine et durable Analyse des politiques de l'alimentation en France**
Fosse J., Furic P., Gomel C., et al.
- 44 **Lutte contre la sédentarité. Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de prévention en santé publique**
Juanico R. et Tamarelle-Verhaeghe M.
- 44 **Atlas du 51 : les expérimentations par région**
Ministère chargé de la Santé
- 44 **Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 (5e plan)**
Ministère chargé de la Santé
- 44 **Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé**
Morize N., Bourgeois I. et Fournier C.

Covid

- 45 **Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire**
Algan Y. et Cohen D.
- 45 **La stratégie Zéro Covid protège mieux populations, économies et libertés**
Philippe C. et Marques N.

Politique sociale

Social Policy

- 46 **Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2021**
Cabannes P. Y. et Richet-Mastain L.

- 46 **Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021 : rapport d'étape**
Délégation Interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté
- 47 **Panorama des familles d'aujourd'hui**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 47 **Rapport d'information sur l'évolution et la paupérisation d'une partie des Français**
Puissat F.
- 47 **La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : Note d'étape**
Schweitzer L. P. et al.

Prévention Prevention

- 48 **Le Nutri-Score un étiquetage nutritionnel s'appuyant sur des bases scientifiques solides**
Julia C., Touvier M., Galan P., et al.
- 48 **Making a Healthy Transition to Higher Education: Targeted-Selective Prevention Program. Workshop 2: when the Blues Take Over**
Marcotte D., Pare M., Lamarre C., et al.

Covid

- 48 **A Simple Model of Social Distancing and Vaccination**
Avery C.
- 49 **Financial Incentives and Other Nudges Do Not Increase COVID-19 Vaccinations Among the Vaccine Hesitant**
Chang T., Jacobson M. et Shah M.
- 49 **Citizens From 13 Countries Share Similar Preferences For COVID-19 Vaccine Allocation Priorities**
Duch R., Roope L., Violato M., et al.
- 49 **Prévenir les infections à VIH en temps de nouvelle pandémie**
Guterres A. p.

- 49 **Impact du dépistage organisé du cancer du sein sur les trajectoires de soins : des traitements moins agressifs grâce à la détection précoce**
Institut National du Cancer
- 50 **Estimation de l'impact de la vaccination sur le risque de formes graves de Covid-19 chez les personnes de 50 à 74 ans et de 75 ans et plus en France à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS)**
Jaoagi M. J., Botton J., Baricault B., et al.

Psychiatrie Psychiatry

- 50 **Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout !**
ANAP
- 50 **Mental Health Therapy As a Core Strategy For Increasing Human Capital: Evidence From Ghana**
Barker N., Bryan G. T. et Karlan D.
- 51 **Le coût des maladies mentales en France en 2018**
Blampain L. et Durand-Zaleski I.
- 51 **Grande précarité et troubles psychiques**
Haute Autorité de Santé
- 51 **Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge**
Haute Autorité de Santé
- 51 **Depression and Shopping Behavior**
Meckley K. et Shapiro B.
- 52 **The State of the World Children 2021: on My Mind – Promoting, Protecting and Caring For Children's Mental Health**
UNICEF

COVID

- 52 **Impact du Covid-19 sur la santé mentale**
Haut Conseil en Santé Publique
- 52 **Mental Health Atlas 2020**
Organisation Mondiale de la Santé

- 52 **Locked Down. a Study of the Mental Health of French Management School Students During the COVID-19 Health Crisis Using the POMS Questionnaire**

Justeau S., Musson A. et Rousseliere D.

Sociologie Sociology

- 53 **Les mondes de la santé publique : excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021**
Fassin D.
- 53 **Éduquer les patients, transformer les soignants**
Fournier C., Frouard H. et Halpern C. é.
- 53 **Venir à la sociologie par la santé publique, faire de la santé publique en sociologie. Entretien croisé avec Cécile Fournier et Gabriel Girard**
Fournier C. et Girard G.

Covid

- 54 **Crise sanitaire : un lien social maintenu fin 2020**
Lardeux R. et Pirus C.

Soins de santé primaires Primary Health care

- 54 **Physicians' Incentives, Patients' Characteristics, and Quality of Care: A Systematic Experimental Comparison of Fee-For-Service, Capitation, and Pay For Performance**
Brosig-Koch J., Gross M., Henning-Schmidt H., et al.
- 54 **Medically Underserved Areas: Are Primary Care Teams Efficient at Attracting and Retaining General Practitioners?**
Chevallard G. et Mousques J.
- 55 **Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux**
Legendre B.

- 55 **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. Angleterre : des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie**

Michel L. et Or Z.

- 56 **International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. England: Pioneer Integrated Care Teams in Geriatric and Respiratory Services**

Michel L. et Or Z.

- 56 **Les douze recommandations d'un rapport sénatorial pour l'accès aux soins : Rapport d'information**

Mouiller P. et Schillinger D.

- 56 **Conférence nationale du 26 mars 2021 - Rapports et propositions - Objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former**

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

- 57 **Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux conduites addictives de leurs patients : Alcool, tabac et cannabis**

Ors Pays de Loire

- 57 **Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire en matière de prévention**

Ors Pays de Loire

- 57 **L'évolution de la profession de sage-femme**
Piquemal A., Reingewirtz S. et Zantman F.

Covid

- 57 **Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021**

Bergeat M., Vergier N., Verger P., et al.

- 58 **Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux professionnels de santé en Pays de la Loire, entre mars 2020 et juin 2021**

Ors Pays de Loire

Systemes de santé

Health Systems

58 **Health System Review : Slovenia**

Albreht T., Polin K., Pribakovic, et al.

Covid

59 **Covid-19 and the Opportunity to Strengthen Health System Governance**

Kluge H., et al.

Travail et santé

Occupational Health

59 **The Effects of Expanding the Generosity of Statutory Sick Leave Insurance: The Case of a French Reform**

Ben Halima M. A. et Koubi M.

59 **Study to Support the Evaluation of the EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020**

Commission Européenne

60 **La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser**

Cour des Comptes

60 **La rémunération des agents publics en arrêt maladie**

Cour des Comptes

61 **Quand le travail perd son sens : l'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie**

Coutrot T. et Perez C.

61 **Is Healthcare Employment Resilient and "Recession Proof"?**

Dillender M., Friedson A. I., Gian C. T., et al.

61 **Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail**

Gigonzac V., Khirredine I., Chan-Chee C., et al.

Covid

62 **Possibility of Recognising COVID-19 As Being of Occupational Origin at National Level in EU and EFTA Countries**

Eurostat

Vieillesse

Ageing

62 **Continuer à adapter le système de retraite pour résorber les déficits et renforcer l'équité**

Cour des Comptes

62 **Effets redistributifs sur cycle de vie du système de retraite**

Conseil d'orientation des retraites

63 **Politique de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagements du territoire. 2 tomes. (État des lieux et pistes)**

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

63 **Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010**

Aubert P.

63 **Pricing Long-Term Care For Older Persons**

Barber S. L., Vangool K., Wise S., et al.

63 **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**

Bellidenty J. et Rade E.

64 **Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée : le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés**

Bonnet C., Cambois E. et Fontaine R.

64 **Impact of Later Retirement on Mortality: Evidence From France**

Bozio A., Garrouste C. et Perdrix E.

64 **Long Term Care Insurance with State-Dependent Preferences**

Donnder P. d. et Leroux M. L.

65 **Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques**

Faure E. et Miron De L' Espinay A.

65 **Ageing and Health : The Politics of Better Policies**

Greer S. L., Lynch J., Reeves A., et al.

65 **Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé**

Hedon C.

65 **Long-Term Care in France: The Loose Connection Between Pricing, Costs and Quality with Regional Inequalities**

Or Z. et Penneau A.

66 **Femmes et hommes ont autant de chances d'être aidants de leur conjoint dépendant, mais la nature de leur aide diffère**

Toulemon L.

Covid

66 **COVID-19 in Long-Term Care: Impact, Policy Responses and Challenges**

Rocardi E., Sillitti P. et Llena-Nozali A.

Assurance maladie

Health Insurance

► **The Effect of Medicaid on Care and Outcomes For Chronic Conditions: Evidence From the Oregon Health Insurance Experiment**

ALLEN H. ET BAICKER K.
2021

NBER Working Paper ; 29373. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29373>

Health insurance may play an important role not only in immediate access to care but in the management of chronic disease, which would have implications for long-run care needs as well as health outcomes. Such causal connections are often difficult to establish, but we use Oregon's 2008 Medicaid lottery to assess the management of diabetes and asthma, as well as several markers of physical health. This analysis complements several prior studies by introducing new data elements and by analyzing chronically ill subpopulations. While we had previously found that having insurance increases the diagnosis and use of medication for diabetes, we show here that it does not significantly increase the likelihood of diabetic patients receiving recommended care such as eye exams and regular blood sugar monitoring, nor does it improve the management of patients with asthma. We also find no effect on measures of physical health including pulse, obesity, or blood markers of chronic inflammation. Effects of Medicaid on health care utilization appear similar for those with and without pre-lottery diagnoses of chronic physical health conditions. Thus, while Medicaid is an important determinant of access to care overall, it does not appear that Medicaid alone has detectable effects on the management of several chronic physical health conditions, at least over the first two years in this setting. However, sample limitations highlight the value of additional research.

► **Private Health Insurance and the European Union**

BENOIT C., DEL SOL M. ET MARTIN P.
2021

Cham : Palgrave Macmillan

Research has paid little attention to date on how European Union law and regulation affect both the public-private mix in healthcare and the organization of private health insurance as an industry. Filling this gap, this collective book provides insights on the political economy of EU insurance regulation, its impact on private health insurers and on its interactions with domestic healthcare policy-making in four countries. Assembling original contributions drafted by a multi-disciplinary team, *Private Health Insurance and the European Union* offers a thorough examination of a largely unrecognized source of EU influence in healthcare – and sheds a new light on the role played by private actors in social policy.

► **Buying Control? 'Locus of Control' and the Uptake of Supplementary Health Insurance**

BONSANG E., COSTA-FONT J. ET DE NEW S. C.
2021

IZA Discussion Paper ; 14633. Bonn Iza.
<https://ftp.iza.org/dp14633.pdf>

This paper analyses the relationship between locus of control (LOC) and the demand for supplementary health insurance. Drawing on longitudinal data from Germany, we find robust evidence that individuals having an internal LOC are more likely to take up supplementary private health insurance (SUPP). The increase in the probability to have a SUPP due to one standard deviation increase in the measure of internal LOC is equivalent to an increase in household income by 14 percent. Second, we find that the positive association between self-reported health and SUPP becomes small and insignificant when we control for LOC, suggesting that LOC might be an unobserved individual trait that can explain advantageous selection into SUPP. Third, we find comparable results using data from Australia, which enhances the external validity of our results.

► **Long-Term Care Partnership Effects on Medicaid and Private Insurance**

COSTA-FONT J. ET RAUT N.
2021

[IZA Discussion Paper ; 14753. Bonn Iza.](https://ftp.iza.org/dp14753.pdf)
<https://ftp.iza.org/dp14753.pdf>

Can the expansion of Medicaid, a means-tested health and long-term care insurance, be slowed down by incentivising the purchase of private long-term care insurance (LTCI)? We study the implementation of the long-term care insurance partnership (LTCIP) program, a joint federal and state-level program that intended to promote LTCI coverage. Drawing on a difference-in-differences (DD) design we study the effect of the roll-out of the LTCIP program between 2005 and 2016 on both LTCI uptake and Medicaid eligibility, and we estimate the effect on Medicaid savings. Drawing on a difference-in-differences (DD) design, we find that, unlike previous estimates, the introduction of the LTCIP does significantly increase LTCI coverage and reduce the uptake of Medicaid. The effects are driven by the introduction of LTCIP in states after 2010. We estimate that the adoption of LTCIP has given rise to an average Medicaid saving of \$36 for every 65-year-old. This suggests scope for LTCI arrangements to reduce Medicaid spending.

► **Market Segmentation and Competition in Health Insurance**

DICKSTEIN M. J., HO K. ET MARK N. D.
2021

[NBER Working Paper ; 29406. Cambridge NBER.](https://www.nber.org/papers/w29406)
<https://www.nber.org/papers/w29406>

In the United States, households obtain health insurance through distinct market segments. We explore the economics of this segmentation by comparing coverage provided through small employers versus the individual marketplace. Using data from Oregon, we find households with group coverage spend 26% less on covered health care than households with individual coverage yet face higher markups. We develop a model of plan choice and health spending to estimate preferences in both markets and evaluate integration policies. In our setting, pooling can both mitigate adverse selection in the individual market and benefit small group households without raising taxpayer costs.

► **Redessiner l'assurance santé au bénéfice de tous les Français : Livre blanc**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ASSURANCE
2021

Paris : FFA
<https://www.ffa-assurance.fr/actualites/redessiner-assurance-sante-au-benefice-de-tous-les-francais>

A travers cette étude, la fédération représentant les assureurs formulent une série de propositions « visant à améliorer notre système de santé ». Elle préconise d'adapter le cadre réglementaire existante, de développer le champ des partenariats avec les professionnels de santé, de redéfinir les territoires de prise en charge intégrale par les assurances, de renforcer le partenariat avec l'Etat dans des missions de prévention, d'élargir l'accès à une assurance santé « essentielle » à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus limités, en adaptant la fiscalité.

► **Europeanized, Marketized but Still Governed By the State? Private Health Insurance in France**

GORON G., HOUSOY T. ET BENOIT C.
2021

In: [Private Health Insurance and the European Union.]. Cham : Palgrave Macmillan: 191-218.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Understanding Algorithmic Discrimination in Health Economics Through the Lens of Measurement Errors**

BASU A., HAMMARLUND N. ET KHOR S.
 2021

NBER Working Paper ; 29413. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29413>

There is growing concern that the increasing use of machine learning and artificial intelligence-based systems may exacerbate health disparities through discrimination. We provide a hierarchical definition of discrimination consisting of algorithmic discrimination arising from predictive scores used for allocating resources and human discrimination arising from allocating resources by human decision-makers conditional on these predictive scores. We then offer an overarching statistical framework of algorithmic discrimination through the lens of measurement errors, which is familiar to the health economics audience. Specifically, we show that algorithmic discrimination exists when measurement errors exist in either the outcome or the predictors, and there is endogenous selection for participation in the observed data. The absence of any of these phenomena would eliminate algorithmic discrimination. We show that although equalized odds constraints can be employed as bias-mitigating strategies, such constraints may increase algorithmic discrimination when there is measurement error in the dependent variable.

► **The Impact of Healthcare IT on Clinical Quality, Productivity and Workers**

BRONSOLER A., DOYLE J. J. ET VAN REENEN J.
 2021

NBER Working Paper Series ;29218. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/29218>

Adoption of health information and communication technologies (“HICT”) has surged over the past two decades. We survey the medical and economic literature on HICT adoption and its impact on clinical outcomes, productivity and labor. We find that HICT improves

clinical outcomes and lowers healthcare costs, but (i) the effects are modest so far, (ii) it takes time for these effects to materialize, and (iii) there is much variation in the impact. More evidence on the causal effects of HICT on productivity is needed to guide further adoption. There is little econometric work directly investigating the impact of HICT on labor, but what there is suggests no substantial negative effects on employment and earnings. Overall, while healthcare is “exceptional” in many ways, we are struck by the similarities to the wider findings on ICT and productivity stressing the importance of complementary factors (e.g. management and skills) in determining HICT impacts.

► **La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d’efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir**

COUR DES COMPTES
 2021

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l’application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 295-324.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>

La dématérialisation des prescriptions médicales suscite de fortes attentes en termes d’amélioration de la prise en charge sanitaire des patients, d’efficience accrue des dépenses de santé et de réduction des risques d’erreurs et de fraudes au détriment de l’assurance maladie. Fin 2021, il est attendu des médecins qu’ils dématérialisent l’ensemble des prescriptions d’arrêts de travail; il en sera de même, d’ici fin 2024, des autres prescriptions exécutées en ville. Ces évolutions s’inscrivent dans un cadre plus global : le virage numérique en santé, qui est l’un des volets du plan gouvernemental « Ma santé 2022 », annoncé à l’automne 2018. Alors que les échéances d’entrée en vigueur de ces obligations sont proches, la Cour a souhaité dresser un état des lieux de la dématérialisation des prescriptions. Malgré des apports potentiellement considérables, elle connaît un développement encore limité en France, notamment par rapport à la plupart de ses voisins s’agissant des médicaments. Pour que nos systèmes de santé et d’assurance maladie bénéficient pleinement des multiples apports de la dématérialisa-

tion, les chantiers à mener à bien sont très conséquents et dépassent pour partie ceux aujourd’hui engagés.

► **La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins**

COUR DES COMPTES
2021

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l’application de financement de la sécurité sociale]. Paris : Cour des comptes: 207-235.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/secureite-sociale-2021>

La télésanté désigne l’ensemble des actes médicaux et paramédicaux réalisés à distance. Elle recouvre la télé-médecine, définie par la loi en 2009, réalisée par les professionnels médicaux, ainsi que le télésoin, ou pratique à distance des actes des auxiliaires médicaux et des pharmaciens, introduit dans la législation en 2019.

► **Evaluation des besoins de l’État en compétences et expertises en matière de donnée**

DIRECTION INTERMINISTÉRIEL DU NUMÉRIQUE
2021

Paris DINUM.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/281669-besoins-de-etat-en-competences-expertises-en-matiere-de-donnees>

La donnée est au cœur de la transformation des politiques publiques, comme en témoigne la montée en puissance des initiatives des administrations en matière de big data ou d’intelligence artificielle. La pleine exploitation de ce potentiel implique, pour l’État, de disposer en son sein des compétences et des expertises requises. Cette mission, réalisée à la demande du Directeur interministériel du numérique et du Directeur général de l’Insee, s’est attachée à évaluer qualitativement et quantitativement les expertises disponibles au sein de l’État, les besoins des administrations à satisfaire à court et à moyen terme et la capacité à faire face à l’accroissement de ces besoins. Ces besoins recouvrent un ensemble de métiers de la donnée caractérisés par leur relative nouveauté et l’absence d’une définition stabilisée. Quatre métiers ont été principalement considérés : data scientist, data analyst, data engineer et data architect.

► **Use of Digital Health Tools in Europe**

FAHY N. ET WILLIAMS G. A.
2021

Copenhague OMS.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/use-of-digital-health-tools-in-europe-before-during-and-after-covid-19>

Digital health tools hold the potential to improve the efficiency, accessibility and quality of care. Before the pandemic, efforts had been made to support implementation across Europe over many years, but widespread adoption in practice had been difficult and slow. The greatest barriers to adoption of digital health tools were not primarily technical in nature, but instead lay in successfully facilitating the required individual, organizational and system changes. During the COVID-19 pandemic, many digital health tools moved from being viewed as a potential opportunity to becoming an immediate necessity, and their use increased substantially.

► **Technology Adoption and Market Allocation: the Case of Robotic Surgery**

HORN D., SACARNY A. ET ZHOU A.
2021

NBER Working Paper ; 29301. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29301>

The adoption of healthcare technology is central to improving productivity in this sector. To provide new evidence on how technology affects healthcare markets, we focus on one area where adoption has been particularly rapid: surgery for prostate cancer. Over just six years, robotic surgery grew to become the dominant intensive prostate cancer treatment method. Using a difference-in-differences design, we show that adopting a robot drives prostate cancer patients to the hospital. To test whether this result reflects market expansion or business stealing, we also consider market-level effects of adoption and find they are significant but smaller, suggesting that adoption expands the market while also reallocating some patients across hospitals. Marginal patients are relatively young and healthy, inconsistent with the concern that adoption broadens the criteria for intervention to patients who would gain little from it. We conclude by discussing implications for the social value of technology diffusion in healthcare markets.

► **Programme Ségur Numérique - SUN-ES - Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris : ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

A l'issue de la concertation nationale dans le cadre du Ségur de la santé, un volet spécifique au développement du numérique dans la santé a été identifié. Piloté par la Délégation au Numérique en Santé (DNS), ce volet intègre le programme SUN-ES pour « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé » qui s'adresse plus particulièrement aux établissements de santé. Le suivi opérationnel du programme SUN-ES a été confié à la DGOS. Le programme SUN-ES se situe dans le prolongement du programme HOP'EN et privilégie la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé « Mon Espace Santé » qui sera ouvert à tout citoyen français dès le début de l'année 2022. Il vise également à promouvoir l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MS Santé.

► **Feuille de route de la politique à mener en matière de données, d'algorithmes et de codes sources au sein du ministère des solidarités et de la santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris Drees.

https://www.numerique.gouv.fr/uploads/feuillederoute_mss.pdf

À la suite de la remise du rapport Bothorel, le Gouvernement s'est engagé dans un renforcement de la politique publique de la donnée, qui vise à exploiter, ouvrir et faire circuler les données, les algorithmes et les codes sources publics au profit des usagers, des chercheurs, des innovateurs et de l'ensemble des citoyens. Cette « feuille de route » décline l'ambition gouvernementale au sein de la sphère Solidarités-Santé. La feuille de route aborde l'ensemble des problématiques selon 4 thèmes complémentaires : l'amélioration de l'action publique grâce à la donnée; la facilitation et la valorisation de l'ouverture, du partage et de l'exploitation des données; le développement du capital humain; l'évolution de la gouvernance et du pilotage des actions orientées data.

► **L'ouverture des données de santé à la recherche en France**

SUHARD V.
2021

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-ouverture-des-donnees-de-sante-a-la-recherche-en-france.pdf>

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence sur l'ouverture des données de santé, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire. Les références portent sur la période 1990-2021. Les recherches ont été réalisées sur la base documentaire de l'Irdes, sur la banque de données en santé publique (BDSP) ainsi que sur Cairn.

► **Télesurveillance médicale : 8 recommandations pour une généralisation réussie**

THINK TANK NUMÉRIQUE DM ET SANTÉ
2021

Paris Think tank Numérique DM et Santé.

<https://www.snitem.fr/publications/fiches-et-syntheses/les-recommandations-du-think-tank-numerique-dm-sante/>

La généralisation de la télésurveillance médicale est très attendue. Il est impératif de la réussir. Les premières décisions doivent être prises prochainement, très certainement lors de l'adoption du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 (PLFSS 2022). Les membres du think tank Numérique DM & Santé, issus des différentes familles d'acteurs concernées par la télésurveillance (patients, praticiens, établissements de santé, entreprises du dispositif médical), souhaitent partager leur vision du sujet et contribuer à cet enjeu. Les 8 recommandations qu'ils ont élaborées, relatives aux prérequis nécessaires à sa généralisation, sont le fruit d'un large consensus. Leur objectif : participer à la réussite du déploiement de la télésurveillance dans le droit commun après sept années d'expérimentations ETAPES.

► **Health Literacy Improvement and Use of Digital Health Services in Aged People: A Systematic Literature Review**

ZOLBIN M. G. ET NIKOU L.
2021

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwitsb21/238062.htm>

The low level of health literacy skills often found in

elderly people has been associated with a significant risk of poor access to health services and poor health status and makes it more likely that they will be prevented from obtaining and understanding the basic health information and services needed to make appropriate health decisions. Therefore, empowering the older population with health literacy skills could enable them to benefit from the use of various digital health sources, such as telemedicine, webpages, or other digital platforms, to improve their health quality and enable them to live independently for longer. The purpose of this paper is to perform a systematic review to analyse and evaluate studies that explored the relationship between health literacy skills and the use of digital health platforms in the context of elderly peo-

ple. To do so, four main databases – Medline, Scopus, Web of Science, and PubMed – were searched based on the following inclusion criteria: (i) no geographical limitation, (ii) written in English, (iii) participants were aged = 65 years, and (iv) studies were published between 2000 and 2020. By applying the inclusion and exclusion criteria for further analysis, the final dataset comprised 32 articles, which were analysed using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) model. The results show that four different intervention methods could be used to increase elderly health literacy skills in the case of using digital health services. Besides, before implementing any training sessions, barriers of learning shall be identified and tackled.

Économie de la santé

Health Economics

► The Impact of Financial Assistance Programs on Health Care Utilization

ADAMS A. S., KLUENDER R., MAHONEY N., *et al.*
2021

NBER Working Paper Series ;29227. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29227>

Most hospitals and managed care organizations have financial assistance programs that aim to reduce financial burdens and improve health care access for low-income patients. We use administrative data from Kaiser Permanente to study the effects of financial assistance on health care utilization. Using a regression discontinuity design based on an income threshold for program eligibility, we find that financial assistance significantly increases health care utilization initially, though effects dissipate three quarters after program receipt. Financial assistance also increases the detection of and medication refills for treatment-sensitive conditions, suggesting financial assistance may increase receipt of high-value care.

► Les travailleurs indépendants sous-investissent-ils dans leur santé ?

AUGE E. ET SIRVEN N.
2021

Economie Et Statistique(524-525): 49-64.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5396118?sommaire=5396144>

Cette étude analyse la consommation de soins des travailleurs indépendants en les comparant aux employés, à différents âges, en France. Elle se base sur les données en coupe de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) appariées avec les données du système national d'assurance maladie.

► Le système français de protection sociale

BARBIER J. C., ZEMMOUR M. ET THERET B.
2021

Paris : Editions La Découverte

Trois spécialistes analysent le système français de protection sociale, en le situant dans la moyenne durée (depuis 1975) et en le comparant à ceux de ses voisins européens. Ce système est confronté à des défis, engendrés notamment par les tendances sociodémographiques, la flexibilisation des marchés du travail et la libéralisation financière. Mais, loin de répondre

mécaniquement à des facteurs extérieurs en partie communs aux économies riches, les évolutions du système français sont bien le produit d'une succession de décisions politiques. Le système a traversé la crise de 2008 et il connaît aujourd'hui encore une crise majeure déclenchée par la pandémie de la Covid-19. Pour penser les changements survenus depuis cinquante ans dans le système français, il faut tenir compte de son caractère hybride : l'universalisme de la protection y est paradoxalement recherché au travers de programmes fragmentés dont la Sécurité sociale reste la pierre angulaire. L'avenir de la protection sociale en France est ouvert, mais son caractère national est tout autant, sinon plus, affirmé qu'il y a vingt ans.

► **A Structural Microsimulation Model For Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare**

BOONE J. ET REMMERSWAAL M.
2020

CPB Discussion Paper ; 145. La Hague CPB.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpb:discus:415&r=&r=hea>

Demand-side cost-sharing schemes reduce moral hazard in healthcare at the expense of out-of-pocket risk and equity. With a structural microsimulation model, we show that shifting the starting point of the deductible away from zero to 400 euros for all insured individuals, leads to an average 4 percent reduction in healthcare expenditure and 47 percent lower out-of-pocket payments. We use administrative healthcare expenditure data and focus on the price elastic part of the Dutch population to analyze the differences between the cost-sharing schemes. The model is estimated with a Bayesian mixture model to capture distributions of healthcare expenditure with which we predict the effects of cost-sharing schemes that are not present in our data.

► **Complémentaires santé : moteur de l'innovation politique**

BOUZOU N. ET MOUKALA SAME G.
2021

Paris Fondation pour l'Innovation Politique.

<https://www.fondapol.org/etude/complementaires-sante-moteur-de-linnovation-sanitaire/>

Le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) dans le financement des soins de santé est de plus en plus questionné. Le projet d'assu-

rance maladie universelle, dit « Grande Sécu », a même fait sa réapparition dans le débat. L'objet de cette note est de rappeler que les Ocam remplissent une fonction essentielle, qui est celle d'injecter de l'innovation dans le système de santé. Sans les moteurs du libre choix et de la concurrence, de nombreuses innovations portant sur le parcours de soins, la couverture des risques ou la prévention n'auraient sans doute pas eu lieu. Les dysfonctionnements du modèle actuel doivent certes être corrigés, mais au scénario de rupture nous préférons les réformes d'ajustement. C'est en ce sens que cette note propose trois réformes pour améliorer le système actuel : la modulation du ticket modérateur en fonction de l'âge, la fin des avantages fiscaux liés aux contrats collectifs et la réduction du taux d'imposition de la taxe de solidarité additionnelle.

► **Les dépenses relatives aux soins de santé en 2019 dans le cadre de la mobilité internationale**

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE
2021

Décryptage : Etudes Et Analyses Du Cleiss: 20.

<https://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage25.html>

Comme chaque année, à la lumière des données statistiques collectées par le Cleiss, est publiée la situation concernant, pour l'exercice 2019, les dépenses de soins de santé en France des assurés des régimes étrangers, et les dépenses à l'étranger des assurés des régimes français. Les questions abordées sont diverses : répartition géographique des dépenses et des flux de bénéficiaires de soins, ainsi que la typologie et la nature des soins dispensés.

► **Avis du Comité d'alerte n° 2021-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

COMITÉ D'ALERTE DE L'ONDAM
2021

Paris Comité d'alerte de l'Ondam.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-ALERTE/2021/AVIS%203/COMITE_D-ALERTE-2021-AVIS_3-SUR_LE_RESPECT_DE_L-OBJECTIF_NATIONAL_DE_DEPENSES_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf

Pour l'exercice 2020, le comité note des dépenses constatées dans le champ de l'Ondam en progression de 9,4 % par rapport à l'objectif initial fixé dans la loi

de financement de la sécurité sociale pour 2020, traduisant les effets de la crise sanitaire. Pour 2021, ces effets continuent d'influencer les dépenses, la progression à périmètre constant s'établissant à 7,4 %. L'Ondam 2022, tel qu'inscrit dans le PLFSS, resterait en forte augmentation, à périmètre constant. Pour finir, les experts relèvent une augmentation annuelle moyenne de l'Ondam de 4,6 % par rapport à 2019, dernière année avant la crise sanitaire. Pour eux, cela correspond à un changement de dimension sans précédent des dépenses d'Assurance maladie couvertes par l'Ondam, hors effets de la crise.

► **MISSOC - Mutual Information System on Social Protection**

COMMISSION EUROPÉENNE
2021

Bruxelles Commission européenne
<https://www.missoc.org/?lang=fr>

Cette publication en ligne, actualisée au 1^{er} janvier 2021, porte sur les principales caractéristiques des systèmes de protection sociale dans 31 pays européens (UE, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse). Les données émanent des ministères nationaux et des institutions responsables de l'administration de la protection sociale. Elles sont structurées autour de 12 principaux chapitres : financement, soins de santé, maladie, maternité/paternité, invalidité, vieillesse, survivants, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, chômage, ressources minimales garanties et soins de longue durée. Chaque tableau est divisé en de nombreuses catégories telles que la base juridique, le champ d'application, les conditions et le montant des prestations.

► **La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES
2021

Paris Cour des comptes.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securete-sociale-2021>

L'épidémie de covid 19 a provoqué en 2020 le déficit le plus élevé jamais enregistré par la sécurité sociale, représentant 1,7 point de PIB. Proches de l'équilibre en 2019 et après avoir subi en 2020 un déficit d'ampleur inédite (-39,7 Md€), les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse

(FSV) connaîtront encore en 2021 un fort déséquilibre financier (-34,8 Md€ de déficit prévisionnel). Au-delà de 2021, les perspectives d'évolution annexées au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2022 prévoient un déficit de la sécurité sociale dans son ensemble de l'ordre de 15 Md€ à l'horizon 2024. Dès à présent, il est certain que le plafond de 92 Md€ d'autorisation de reprise de déficits par la Cades au titre des exercices 2020 à 2023, fixé par la loi du 7 août 2020, ne permettra pas de couvrir le déficit 2023. Afin de préserver ce maillon essentiel de cohésion et de solidarité, il est nécessaire, une fois la crise derrière nous, d'amorcer une trajectoire de retour à l'équilibre financier de notre système de sécurité sociale, avec pour objectif, dans un premier temps, de limiter l'accroissement de la dette sociale, puis d'engager sa réduction progressive. La Cour formule à cette fin 44 recommandations.

► **Oser une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé**

DAVET J. L., GUENIAU J. ET TISON E.
2021

Paris Institut Sapiens.
<https://www.institutsapiens.fr/le-rendez-vous-manque-du-tout-secu/>

Alors que se pose la question de l'efficacité et de l'équité des complémentaires santé, deux types de réponses « évidentes » semblent se dessiner du côté du gouvernement : supprimer les complémentaires santé au profit d'une prise en charge des dépenses qu'elles couvrent par l'assurance maladie, c'est ce que l'on appelle communément le « 100 % Sécu » ou « la Grande Sécu » ; les concentrer sur le petit risque, comme le propose le rapporteur du projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale. Pourtant, ces « solutions » – dont les impacts doivent être éclairés par le HCAAM d'ici la fin 2021 – sont principalement idéologiques et ne résoudre en rien le sujet du financement des dépenses de santé, ni au niveau collectif, ni au niveau individuel du fait du poids des ALD et des soins hospitaliers. Ce financement est aujourd'hui en quasi-totalité à la charge de la Sécurité sociale, tandis que les complémentaires santé, sous la contrainte du contrat responsable, se sont laissées « cerner » sur le petit risque. L'ambition de créer une « grande Sécu » ou de déléster les complémentaires de leur contribution à la prise en charge des risques lourds se ferait à rebours des différents changements

de paradigme au sein de la santé, notamment en ce qui concerne le financement de l'hospitalisation programmée et des soins pour les personnes en ALD. Aussi est-il nécessaire, avant de multiplier les anathèmes contre les complémentaires, de prendre du recul et d'évaluer concrètement les avantages d'une révision du système des cofinancements des dépenses de santé et d'une redéfinition totale de leur rôle « complémentaire » à la Sécurité sociale. L'enjeu est plutôt la révision du partage des dépenses et des investissements les plus lourds et les plus nécessaires, avec comme préalable la remise à plat du contrat responsable, désormais contre-productif.

► **Évaluation du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) : bilan et perspectives**

FERRAS B. ET LEPINE C.

2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article833>

Institué à la demande du Parlement en 2008, et déployé à partir de 2012, le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) permet aux acteurs de la protection sociale (organismes, gestionnaires et collectivités territoriales), à partir du numéro d'inscription au répertoire (NIR) et de l'état civil d'un individu, d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa protection sociale : caisses et régimes d'affiliation, prestations et soutiens perçus, montant des prestations en espèces imposables. 60 institutions nationales, 90 organismes ou fonds nationaux et 1 000 organismes gestionnaires relevant de la sphère de la protection sociale y contribuent. Saisie par les ministres en charge des Solidarités et de la Santé et des Comptes publics, l'Igas a été chargée d'une mission d'évaluation du répertoire national commun de la protection sociale, en vue de la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, prévu par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2020. Le RNCPS est aujourd'hui un outil très apprécié et fiable, indispensable au quotidien pour les utilisateurs réguliers parmi les 105 000 agents habilités, avec 35 millions de consultations par an. Le rapport souligne deux éléments clefs : - le RNCPS est avant tout un outil de lutte contre les erreurs et les fraudes, qui pourrait être également mobilisé en matière d'accès aux droits; - déployé de manière progressive et pragmatique, régulièrement enrichi et précisé, cet outil peut encore être amélioré et mieux coordonné avec l'ensemble des dispositifs d'échanges

existants. Le rapport met enfin en regard ce dispositif avec d'autres grands projets informatiques d'échanges de données conduits en France (déclaration sociale nominative, base des ressources mensuelles notamment) et de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale instituée en Belgique, qui organise le partage des informations et structure les échanges avec les usagers afin de respecter le principe du « dites-le nous une fois ».

► **Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ?**

FRANC C., RAYNAUD D., BARNAY T. C., *et al.*

2021

In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.]. Paris : Éditions Eska: 83-104.

Les spécificités du risque maladie, souvent qualifié de risque santé, contraignent fortement les systèmes d'assurance et de financement. La théorie économique a permis de mettre en évidence des arguments importants pour justifier la mise en place d'une assurance publique et/ou d'une régulation forte du secteur de l'assurance quand il est géré par des opérateurs privés. Dans une première partie, nous exposerons ces arguments et montrerons en quoi une assurance publique et une régulation forte de l'assurance privée permettent de favoriser l'accès financier aux soins, notamment des personnes ayant des besoins de soins importants et ou de faibles revenus. Dans une seconde partie, nous présenterons la situation bien particulière de la France, où l'assurance maladie privée est principalement complémentaire. Dans une troisième partie, nous présenterons les principales orientations de la régulation du marché de l'assurance complémentaire et de son articulation avec l'assurance publique qui ont, selon les périodes, soit favorisé le recours aux soins via une meilleure couverture d'assurance, soit limité les dépenses en limitant le périmètre de la couverture d'assurance (résumé d'auteur).

► **Medical Expenditures over the Life Cycle: Persistent Risks and Insurance**

FUKAI T., ICHIMURA H., KITAO S., *et al.*
2021

Rieti Discussion Paper Series ; 21-E-073. Tokyo University of Tockyo - The Research Institute of Economy Trade and Industry.

<http://d.pec.org/n?u=RePEc:eti:dpaper:21073&r=&r=hea>

This paper analyzes individuals' medical expenditure risks over the life cycle and roles of the national health insurance system using nationwide administrative data of health insurance claims (NDB) in Japan. Health shocks are highly persistent and estimated distribution of lifetime medical expenditures varies greatly with the assumed order of persistence. We build a structural life-cycle model for males and females, and single and married households with different labor productivity and assets and quantify economic and welfare effects of medical expenditure risks and the insurance system. The national health insurance characterized by age-dependent copay rates and progressive out-of-pocket ceilings protects households from expenditure risks well and has significant effects on their life-cycle savings. Responses to health insurance reform are highly heterogeneous. In response to lower benefits, high-income households turn to self-insurance and increase savings, while low-income households reduce savings and consumption and many of them become recipients of welfare transfers. Welfare effects of such a reform also vary across households and low-income and unhealthy households fare worse than the average. We also show that effects of health insurance reform depend on the generosity of other welfare programs and differ across households.

► **Assurance santé : aux frontières du public et du privé**

GAY R., SAUVAT C., BATIFOULIER P., *et al.*
2021

Revue De L'ires(103-104).

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/331-n-103-104>

La division public/privé est un critère central utilisé dans la littérature pour différencier et caractériser, dans une perspective comparative, les différents systèmes de santé. Cette division est appliquée autant à l'offre de soins qu'à son financement. L'objectif de ce numéro spécial est d'interroger cette division public/privé, dont la pertinence est peu questionnée et sa

capacité heuristique à rendre compte des transformations des systèmes de santé en se centrant sur leur financement et sur le rôle des assurances privées aux États-Unis et en France. Le choix de cette comparaison peut surprendre, tant l'histoire et la configuration des systèmes de santé s'opposent dans ces deux pays, notamment du point de vue du rôle occupé par les assurances privées, périphérique en France et central aux États-Unis. Mais il a pour vertu de revisiter les transformations du financement de l'assurance santé en France à la lumière des imbrications entre opérateurs publics et privés mises en évidence depuis longtemps outre-Atlantique et de questionner les enjeux qu'elles impliquent vis-à-vis des principes de solidarité et d'égalité.

► **Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021**

GONZALEZ L., LEFEBVRE G., MIKOU M., *et al.*
2021

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202020.pdf>

Ce rapport présente un tableau détaillé des dépenses de santé en France en 2020. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 209,2 milliards d'euros. Elle progresse de 0,4 % par rapport à 2019, soit le rythme de croissance le plus faible jamais observé depuis 1950 du fait de la crise sanitaire. Ses composantes progressent à des rythmes très disparates compte tenu des impacts différenciés de la pandémie de Covid-19. Alors que les soins hospitaliers progressent de 3,7 % en 2020, les dépenses de soins ambulatoires sont en repli de 2,5 %. La crise sanitaire a également entraîné une recomposition importante de la structure de financement de la CSBM. La part de la Sécurité sociale qui a financé les principales dépenses supplémentaires liées à la crise, s'établit ainsi à 79,8 % de la CSBM. Celle des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) atteint 12,3 %, tandis que la part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,5 %. Cet ouvrage fournit également des éléments de comparaison des dépenses de santé au niveau international. En 2019, la France consacre au total 11,2 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,2 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle reste le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

► **Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2022**

HAUT CONSEIL DES FINANCES PUBLIQUES
2021

Paris HCFP.

<http://www.hcfp.fr/sites/default/files/2021-09/Avis%20PLF-PLFSS%202022.pdf>

Le budget de la Sécurité sociale pour 2022 affichera, pour la première fois depuis sa création en 1997, un objectif de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) négatif, à -0,6 %, selon le Haut conseil des finances publiques (HCFP). Mais il s'agit plutôt d'un retour à la normale, après des bonds de 9,4 % en 2020 puis 7,4 % en 2021. Hors Covid, il ressort ainsi à 3,8 % et à 2,6 % en soustrayant également l'effet du Ségur de la santé, alors que la norme du quinquennat devait initialement être de 2,3 %. L'enveloppe des dépenses de santé devrait ainsi atteindre 234 milliards d'€ l'an prochain, contre 200 milliards en 2019, avant la crise sanitaire. Les dépenses de santé vont donc demeurer généreuses pour la troisième année d'affilée en 2022, et entretiendront le déficit de l'Assurance-maladie, dont le montant sera dévoilé vendredi à l'occasion de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale

► **Combien dépenser pour la santé ? Une perspective démocratique**

HEARD M.
2021

Paris Terra Nova.

La crise sanitaire a remis en avant le débat sur l'effort national consacré à la santé. Combien sommes-nous prêts à dépenser pour notre santé ? La limite n'est pas facile à définir. Ne faut-il pas défendre le vieux principe : « à chacun selon ses besoins » ? Mais qu'est-ce qu'un besoin de santé ? Pour en débattre de manière démocratique, de nouveaux dispositifs participatifs et délibératifs sont à inventer

► **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020 : édition 2021**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles>

Ce document synthétise en une quarantaine de pages les principales données budgétaires et financières à retenir pour l'année 2020, illustrées par de nombreux graphiques : les recettes de la sécurité sociale ; les financements assurés par ses quatre branches au cours de l'année : la branche maladie du régime général.

► **World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL
2021

Genève OIT.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_817575.pdf

Ce rapport donne une vue d'ensemble des progrès accomplis dans le monde ces dix dernières années en vue d'étendre la protection sociale et de mettre en place des systèmes de protection sociale, y compris des socles. Il traite aussi de l'impact de la pandémie de Covid-19.

► **The Effect of Safety Net Generosity on Maternal Mental Health and Risky Health Behaviors**

SCHMIDT L., SHORE-SHEPPARD L. D. ET WATSON S.
2021

NBER Working Paper Series ;29258. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29258>

A generous safety net may improve mental health outcomes and stress-related health behaviors for single mothers by promoting financial security, but stigma and hassle associated with welfare use could offset some of these gains. We use a simulated safety net eligibility approach that accounts for interactions across safety net programs and relies on changing policies across states and time to identify causal effects of safety net generosity on psychological distress and risky behaviors of single mothers. Our results suggest that a more generous safety net is protective of maternal mental health: we estimate that a \$1000 increase to the combined cash and food benefit package reduces severe psychological distress by 5.5 percent. Breaking out effects by individual programs while still controlling for potential benefits from other programs, we find that this reduction is entirely due to simulated tax credit eligibility and appears to occur in the

first half of the year, when such benefits are typically received. We find no significant effect of the overall safety net on risky behaviors like smoking and heavy drinking, but this masks offsetting effects of cash and food benefits, suggesting that the impact of improved financial resources depends on details of transfer program design.

► **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS). Synthèse REPSS 2022 : Soutenir et développer notre protection sociale**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2021

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/gestion-financement-et-performance/repss>

Les Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), prennent la suite des programmes de qualité et d'efficacité (PQE). Ils permettent d'apprécier les résultats des politiques de sécurité sociale au regard des objectifs qui leur sont assignés. Annexés au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) depuis 2005, ces rapports visent également à juger de l'adéquation des mesures proposées dans le PLFSS de l'année au contexte économique, démographique, sanitaire et social, à l'aide d'indicateurs quantitatifs. Les rapports sont composés d'indicateurs de cadrage et de résultats. Une synthèse rappelle les différents objectifs, les principaux résultats obtenus et les actions mises en œuvre pour améliorer l'atteinte des objectifs. Cette dernière est complétée par quelques chiffres clés.

► **Quelle valeur collective accorder à la santé ? Une question relancée par la crise sanitaire**

THEBAUD A.
2021

Paris Terra Nova.

« Rien n'est plus important que la vie humaine » : ce principe affiché par le Président de la République dans son allocution du 28 octobre 2020 illustre combien la crise du Covid a rebattu les cartes de la réflexion sur le coût de la santé. Le juste niveau des dépenses publiques allouées à la santé est l'objet d'un débat nourri depuis plusieurs décennies. Qu'il s'agisse de rembourser des thérapies innovantes très coûteuses, de construire un hôpital, d'organiser un dépistage sys-

tématique de cancer, ou de confiner le pays, la question s'impose : qu'est-il est juste de dépenser pour protéger la santé et sauver des vies ? C'est tout l'objet d'une discipline à part entière qui est désormais présente dans les agences sanitaires de nombreux pays : l'évaluation médico-économique, capable de mettre en face des coûts d'un investissement, les gains de santé qu'il engendre pour la collectivité. Cette évaluation est loin du cynisme qu'on lui prête parfois ; elle combine en effet un regard utilitariste de maximisation des bénéfices collectifs agrégés, et des principes normatifs de justice sociale valorisant la protection des plus fragiles. En France, la réflexion académique sur ces enjeux, de même que sa déclinaison opérationnelle à la Haute autorité de santé, ont fait avancer le débat et transformé les pratiques depuis le début des années 2000. Mais il reste une question fondamentale dont le débat public doit se saisir pour mieux orienter nos choix collectifs : celle du bénéfice attendu d'un surcroît de dépenses. Il ne s'agit pas de fixer un plafond de dépense par profil de patient ou par type de soin. L'objectif est de construire un outil permettant d'évaluer, pour un patient, les gains d'un traitement en termes de temps de vie gagné et de qualité de vie. En-deçà d'un certain seuil, qui devra faire l'objet d'une délibération publique, un investissement de santé serait considéré comme injuste, parce qu'il détournerait des ressources au détriment d'autres priorités plus pertinentes, c'est-à-dire d'autres patients. Dans un contexte de ressources contraintes, la valeur d'une vie sauvée reste bien une question ouverte, sur laquelle l'action publique en santé a besoin que le débat public soit mieux construit aujourd'hui.

Covid

► How Does Exposure to Covid-19 Influence Health and Income Inequality Aversion?

ASARIA M., COSTA-FONT J. ET COWELL F.
2021

CESifo working paper ; 9250. Munich CESifo.
https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp9250.pdf

We study the determinants of individual aversion to health and income inequality in three European countries and the effects of exposure to COVID-19 including the effect employment, income and health shocks using representative samples of the population in each country. Comparing levels of health- and income-inequality aversion in the UK between the years 2016 and 2020 we find a significant increase in inequality aversion in both income and health domains. Inequality aversion is higher in the income domain than in the health domain and inequality aversion in both income and health domains is increasing in age and education and decreasing in income and risk appetite. However, people directly exposed to major health shocks during the COVID-19 pandemic generally exhibited lower levels of aversion to both income and health inequality. But for those at high risk of COVID-19 mortality who experienced major health shocks during the pandemic, inequality aversion was significantly higher than for those of similar individuals experiencing a health shock prior to the pandemic.

► Social Protection and Inclusion Policy Responses to the COVID-19 Crisis an Analysis of Policies in 35 Countries

BAPTISTA I., MARLIER E., SPASOVA S., *et al.*
2021

Luxembourg Publications Office of the European Union.
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24715&langId=en>

This ESPN report examines the (sub)national social protection and inclusion policy measures that European countries put in place to help address the social and financial distress created by the pandemic and by lockdown policies. It covers the 27 EU Member States, the 7 candidate and potential candidate countries, and the UK. The report provides a description and assessment of the main measures implemented, an initial estimate of the overall expenditure on crisis measures as well as

an analysis of the demographic, economic and social impact of the pandemic in the 35 countries covered.

► Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation

COUR DES COMPTES
2021

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-depenses-publiques-pendant-la-crise-et-le-bilan-operationnel-de-leur-utilisation>

La crise du Covid-19 et ses conséquences économiques et sociales ont induit une forte hausse des dépenses publiques. Ces dernières ont représenté 61,8 % du PIB en 2020, contre 55,4 % en 2019. À la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale, la Cour s'est attachée à analyser l'évolution de ces dépenses, qu'elles résultent ou non des conséquences de la crise sanitaire.

► Global Evidence on the Economic Effects of Disease Suppression During Covid-19

ROTHWELL J. T. ET SRINIVASAN R.
2021

Washington George Washington University.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3888781

The disease burden of COVID-19 has been well documented around the world, but the economic cost has not. Consequently, no international studies analyze how the severity of the disease burden relates to job loss or other economic outcomes and only a handful have attempted to investigate how disease suppression policies (or non-pharmaceutical interventions) exacerbate or mitigate economic harm. Using data from 321,000 randomly selected adults around the world in 117 countries, we study reported job loss from COVID-19 and how it has affected people subjectively using harmonized, consistent metrics. We validate our measures by linking them to losses in subjective wellbeing on the survey and note their correlations with objective measures available for a limited number of countries. We sketch a theoretical model that relates economic production by industry to disease suppression restrictions and the capacity to work remotely. Testing our

model, we find strong evidence that more stringent disease prevention measures increased the risk of economic harm: a one standard deviation change in policy, predicts a 0.3 standard deviation increase in harm. Countries with many deaths per capita, however, did not experience greater economic harm than those with few. These results remain robust to alternative measures of our key variables, including controls for the reduction in flu cases, and the use of within country variation over time in disease suppression policies and deaths. We replicate the findings for the United States using state-level variation in income loss from the U.S. Census Bureau. Disease-suppression policies that are not intended to dampen social contact—such as asymptomatic testing, contact tracing, mask mandates—are not associated with economic harm, whereas school closures and stay-at-home orders predict job loss and other forms of harm. We conclude that the policy responses to COVID-19 had important economic consequences, though our study makes no effort to measure the non-economic benefits of disease suppression.

► **Cost/Benefit Analysis of Covid-19 Pandemic Suppression Using an SEIR Model**

VINES D., MACIEJOWSKI J., ROWTHORN R., *et al.*
2021

INET Oxford Working Paper ; 2021-14. Oxford Institute for New Economic Thinking.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:amz:wpaper:2021-14&r=&r=hea>

In the United Kingdom, as elsewhere, there has been a debate on how to escape from lockdown without provoking a resurgence of the Covid-19 disease. This paper presents a simple cost-benefit analysis inspired by optimal control theory, incorporating an SEIR model of disease propagation. Our calibration accords with UK experience and simulations start from the beginning of January 2021. The optimal path for government intervention is computed under different assumptions about the value of life. We examine how the test and trace system and vaccination affect this optimal path and show that these policies are complements. Test and trace has most effect at the beginning when prevalence is high, whereas vaccination only affects infections gradually. Comparing optimal paths, we show that economic cost is much lower under vaccination alone than under test & trace alone. Deaths, in contrast, are somewhat higher under vaccination. In general, the greater is the value of life, the longer is the optimal lockdown. Under certain conditions, this relationship is discontinuous: a small increase in the value of life leads to a jump in the optimal length of lockdown.

État de santé

Health Status

► **Intended and Unintended Effects of E-Cigarette Taxes on Youth Tobacco Use**

ABOUK R., COURTEMANCHE C. J., DAVE D. M., *et al.*
2021

NBER Working Paper Series ;29216. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29216>

Over the past decade, rising youth use of e-cigarettes and other electronic nicotine delivery systems (ENDS) has prompted aggressive regulation by state and local

governments. Between 2010 and 2019, ten states and two large counties adopted ENDS taxes. Applying a continuous treatment difference-in-differences approach to data from two large national datasets (Monitoring the Future and the Youth Risk Behavior Surveillance System), this study explores the impact of ENDS taxes on youth tobacco use. We find that ENDS taxes reduce youth e-cigarette consumption, with estimated e-cigarette tax elasticities of -0.06 to -0.21. However, we estimate sizable positive cigarette cross-tax elasticities, suggesting economic substitution

between cigarettes and e-cigarettes for youth. These substitution effects are particularly large for frequent cigarette smoking. We conclude that the unintended effects of ENDS taxation may more than fully offset any public health gains.

► **The Effect of Medicaid on Care and Outcomes For Chronic Conditions: Evidence From the Oregon Health Insurance Experiment**

ALLEN H. ET BAICKER K.

2021

NBER Working Paper ; 29373. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29373>

Health insurance may play an important role not only in immediate access to care but in the management of chronic disease, which would have implications for long-run care needs as well as health outcomes. Such causal connections are often difficult to establish, but we use Oregon's 2008 Medicaid lottery to assess the management of diabetes and asthma, as well as several markers of physical health. This analysis complements several prior studies by introducing new data elements and by analyzing chronically ill subpopulations. While we had previously found that having insurance increases the diagnosis and use of medication for diabetes, we show here that it does not significantly increase the likelihood of diabetic patients receiving recommended care such as eye exams and regular blood sugar monitoring, nor does it improve the management of patients with asthma. We also find no effect on measures of physical health including pulse, obesity, or blood markers of chronic inflammation. Effects of Medicaid on health care utilization appear similar for those with and without pre-lottery diagnoses of chronic physical health conditions. Thus, while Medicaid is an important determinant of access to care overall, it does not appear that Medicaid alone has detectable effects on the management of several chronic physical health conditions, at least over the first two years in this setting. However, sample limitations highlight the value of additional research.

► **The Consequences of Chronic Pain in Mid-Life: Evidence From the National Child Development Survey**

BLANCHFLOWER D. G. ET BRYSON A.

2021

NBER Working Paper Series ;29278. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29278>

Using data from all those born in a single week in 1958 in Britain we track the consequences of short pain and chronic pain in mid-life (age 44) on health, wellbeing and labor market outcomes in later life. We examine data taken at age 50 in 2008, when the Great Recession hit and then five years later at age 55 in 2013. We find those suffering both short-term and chronic pain at age 44 continue to report pain and poor general health in their 50s. However, the associations are much stronger for those with chronic pain. Furthermore, chronic pain at age 44 is associated with a range of poor mental health outcomes, pessimism about the future and joblessness at age 55 whereas short-duration pain at age 44 is not. Uniquely, we also show that pain experienced in childhood, at ages 11 and 16, reported by a parent and a teacher respectively, collected decades earlier, predicts pain in mid-life, indicating just how persistent pain can be over the life-course.

► **La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques**

DAHAN M., FERRAS B. ET SAIE M.

2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article827>

En Europe, les facteurs environnementaux provoquent environ 1,4 millions de décès considérés comme évitables chaque année (OMS, 2017). Le concept de santé-environnement, défini par l'OMS en 1994, vise à prévenir ces risques (d'origine physique, chimique, biologique) pour la santé humaine, dans une approche globale dite « One Health ». A la demande des ministres concernés, ce rapport inter-inspections établit un état des lieux des systèmes d'évaluation des risques en santé-environnement et propose des évolutions visant à renforcer la confiance des populations dans l'expertise et la décision publique. Fondées sur des entretiens avec près de 250 acteurs, les recommandations formulées identifient des axes prioritaires d'action en matière d'expertise et de recherche (méthodologies, financements publics, données publiques, etc.), de déontologie, et de gouvernance aux niveaux national

et européen (ce dernier jouant un rôle important) pour que puisse être portée une véritable politique publique de la santé-environnement. S'il n'existe pas de solution organisationnelle simple associant toutes les parties prenantes à la définition de cette politique éminemment interministérielle, ses modalités de gouvernance peuvent néanmoins progresser. Simultanément, les attentes sont fortes pour améliorer les conditions de construction et de mobilisation d'une expertise conciliant indépendance, neutralité et compétence.

► **Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme : 1991-2021**

DOUCHET M. A. ET LE NEZET, O.
2021

Tendances(145)

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/trente-ans-de-politiques-publiques-de-reduction-du-tabagisme-tendances-145-mai-2021/>

Dans la seconde moitié du XXe siècle, le tabagisme a progressivement été considéré comme un problème de santé publique appelant l'intervention de l'État et placé sous contrôle au moyen d'un cadre législatif de plus en plus restrictif. Les politiques publiques se sont structurées autour d'une stratégie globale d'encadrement de l'offre et de la demande, en réponse à un objectif prioritaire de maîtrise des consommations : le tabagisme occasionne encore aujourd'hui une mortalité importante (75 000 morts en 2015), soit 13 % des décès survenus en France métropolitaine. Ce numéro de Tendances revient sur le déploiement de la stratégie publique de réduction du tabagisme et les évolutions les plus marquantes en matière de tabagisme durant ces dernières décennies. Il dresse un bilan des principaux indicateurs suivis par l'OFDT depuis 2004, complété par d'autres sources (enquêtes, études épidémiologiques), afin de dégager des tendances de ventes, d'usages, de changement des représentations sociales du produit, ainsi que les enjeux émergents qui se font jour autour du marché des produits du tabac.

► **Exposure to Cigarette Taxes As a Teenager and the Persistence of Smoking into Adulthood**

FRIEDSON A. I., LI M. ET MECKEL K.
2021

NBER Working Paper ; 29325. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29325>

Are teenage and adult smoking causally related? Recent anti-tobacco policy is predicated on the assumption that preventing teenagers from smoking will ensure that fewer adults smoke, but direct evidence in support of this assumption is scant. Using data from three nationally representative sources and cigarette taxes experienced as a teenager as an instrument, we document a strong, positive relationship between teenage and adult smoking: specifically, deterring 10 teenagers from smoking through raising cigarette taxes roughly translates into 5 or 6 fewer eventual adult smokers. We conclude that efforts to reduce teenage smoking can have important, long-lasting consequences on smoking participation and, presumably, health.

► **Guide du parcours de soins : Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC)**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2021

Saint-Denis HAS.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288950/fr/guide-du-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique-de-l-adulte-mrc

Le guide du parcours de soins décrit la prise en charge usuelle d'une personne ayant une maladie rénale chronique (MRC). Il est destiné aux professionnels impliqués dans la prise en charge globale des patients, du secteur sanitaire, social et médico-social. Tenant compte de la pluri-professionnalité de la prise en charge, le guide aborde le rôle, la place et les modalités de coordination des différents professionnels. Il est accompagné d'une synthèse sur les points critiques de la prise en charge et de 7 messages pour améliorer les pratiques.

► **Impact de la pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine : réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et impact à long terme pour la période 2016-2019**

MEDINA S., ADELAIDE L., WAGNER V., *et al.*
2021

Saint-Maurice Santé publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/enquetes-etudes/impact-de-pollution-de-l-air-ambiant-sur-la-mortalite-en-france-metropolitaine.-reduction-en-lien-avec-le-confinement-du-printemps-2020-et-nouvelle>

Cette étude a répondu à deux objectifs : - évaluer les

impacts à court et plus long terme sur la mortalité, de la diminution transitoire de l'exposition de la population à la pollution atmosphérique en lien avec les mesures prises pour limiter la propagation de l'épidémie de Covid-19 au printemps 2020; - réévaluer le fardeau ou poids total à long terme de la pollution atmosphérique sur la mortalité annuelle en France métropolitaine pour la période 2016- 2019 afin de mettre en perspective les résultats obtenus, et plus largement pour actualiser les estimations publiées en 2016 par Santé publique France.

► **Health Profile For England 2021**

PUBLIC HEALTH ENGLAND
2021

Londres Public Health England.

https://fingertips.phe.org.uk/static-reports/health-profile-for-england/hpfe_report.html

The 2021 edition of the HPfE provides a comprehensive snapshot of the nation's health and updates many indicators presented in previous reports. It also contains a summary of the impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on many aspects of health. During the pandemic, PHE has been publishing information on its impacts on health in a series of tools

and outputs including the COVID-19 dashboard (1), the COVID-19 Health Inequalities Monitoring for England tool (CHIME) (2), the Wider Impacts of COVID-19 on Health (WICH) monitoring tool (3) and the weekly Excess Mortality in England reports (4). The information and insight gained from these tools are used, with other sources, as a basis for discussion of the impact of the pandemic on wider health outcomes and health inequalities.

► **Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016**

UNG A., CHATIGNOUX E., BELTZER N., *et al.*
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(16): 290-301.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_2.html

Les accidents de la vie courante (AcVC) ont un impact important en termes de morbidité et de mortalité. L'objectif de cet article est de décrire la mortalité par AcVC en 2016 en France selon le sexe, l'âge, le type d'AcVC, la lésion traumatique, le lieu de décès et la région, ainsi que les principales évolutions par âge et par type d'AcVC depuis 2012.

Covid

► **Besoins et suivi des patients atteints de Covid long**

CASTANARES-ZAPATERO D., KOHN J. L., DAUVIRIN M., *et al.*
2021

Bruxelles KCE.

<https://kce.fgov.be/fr/comment-venir-en-aide-aux-patients-atteints-de-covid-long>

Le Covid long touche aussi bien les personnes qui ont fait une forme grave du Covid - 19 que celles qui n'ont présenté qu'une atteinte légère. Toutes les catégories d'âge sont concernées, mais avec une fréquence plus élevée pour les 35- 69 ans. Six mois après une infection par le coronavirus, au moins une personne sur 7 en garde encore l'un ou l'autre symptôme. Ceux-ci sont très variés et correspondent probablement à une combinaison de différents mécanismes, encore hypothétiques. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a réalisé une vaste enquête en ligne auprès de

1320 personnes atteintes de Covid long. Cette étude confirme que le Covid long entraîne une dégradation manifeste de la qualité de vie et de fréquentes difficultés à reprendre le travail. L'impact psychologique est lourd. Les patients disent s'être souvent sentis perdus dans notre système de soins et déplorent l'absence de prise en charge globale de leurs problèmes. Le KCE propose de prévoir pour ces patients une évaluation fonctionnelle afin de pouvoir les orienter vers une prise en charge sur mesure, adéquate et coordonnée. Ce 'bilan' se ferait dans des centres spécialisés, mais les traitements prescrits devraient être dispensés autant que possible en première ligne.

► **Which Beliefs? Behavior-Predictive Beliefs Are Inconsistent with Information-Based Beliefs: Evidence From COVID-19**

HEFFETZ O. ET ISHAI G.

2021

NBER Working Paper ; 29452. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29452>

We investigate the relationship between (a) official information on COVID-19 infection and death case counts; (b) beliefs about such case counts, at present and in the future; (c) beliefs about average infection chance—in principle, directly calculable from (b); and (d) self-reported health-protective behavior. We elicit (b), (c), and (d) with a daily online survey in the US from March to August 2020 (N ~ 13,900). We have three main findings: (1) beliefs elicited as infection case counts are closely related to present and future official case-count information; however (2) beliefs elicited as risk perceptions—i.e., the chance to get infected—are inconsistent with those case-count beliefs, even when mathematically, they should be identical; notably, (3) it is the latter—the risk perceptions—that are significantly better predictors of reported behavior than the former. Together, these findings suggest that researchers and policymakers, who increasingly engage in direct elicitation and communication of numeric measures of uncertainty, may get very different outcomes, depending on which measures they use. We discuss potential implications for public communication of health-risk information.

► **Clinical Features and Prognostic Factors of Covid-19 in People Living with HIV Hospitalized with Suspected or Confirmed SARS-Cov-2 Infection**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2021

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342697/WHO-2019-nCoV-Clinical-HIV-2021.1-eng.pdf>

This report describes the demographics, clinical presentation, clinical outcomes, and risk factors among PLHIV who have been hospitalized for suspected or confirmed Covid-19.

► **Espoir, fragilité, inquiétudes : le vécu de l'épidémie Covid par 2300 patients insuffisants rénaux, dialysés et greffés**

RENALOO

2021

Paris Renaloo.

<https://renaloo.com/espoir-fragilite-inquietudes-resultats-de-notre-enquete-sur-le-vecu-de-lepidemie-covid-par-2300-patients-insuffisants-renaux-dialyses-et-greffes/>

Alors que la situation épidémique s'est améliorée en France, les malades des reins, à très haut risque de Covid et souvent mal protégés par le vaccin, vivent toujours une grande anxiété et restent en demande d'informations et de soutien. Renaloo a réalisé en juillet 2020 une enquête sur le vécu de la première vague de l'épidémie Covid par les patients insuffisants rénaux, dialysés et greffés. La crise s'étant poursuivie, l'enquête a été renouvelée un an plus tard, en juillet 2021, toujours sous l'égide de Christian Baudelot, sociologue et vice-président de Renaloo. Cette publication en analyse les résultats.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français**

CROUZET M., CARRERE A., LABORDE C., *et al.*
2021

Revue Quetelet 8(1): 73-101.

https://archined.ined.fr/view/AXrTsyglkgKZhr-bl_dY

Les espérances de vie sans incapacité ainsi que leurs déterminants individuels ont fait l'objet de nombreux travaux, en France comme dans l'ensemble des pays à faible mortalité. En revanche, à l'échelle infra nationale les études sont très rares, faute d'enquête mesurant les niveaux d'incapacité représentative à cet échelon. Pourtant, à l'instar des écarts infra nationaux de mortalité déjà démontrés, il y a tout lieu de penser que l'indicateur national d'espérance de vie sans incapacité recouvre d'importantes inégalités territoriales. En 2014, l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) offre la possibilité de calculer, pour la première fois, les niveaux d'incapacité des 60 ans et plus à partir d'un échantillon représentatif à l'échelle départementale. Nous mobilisons les données de cette enquête pour, dans un premier temps, calculer l'espérance de vie sans incapacité dans chacun des 100 départements français, puis, dans un second temps, mettre en lien cet indicateur avec les limitations fonctionnelles rencontrées par la population des 60 ans et plus. Les premiers résultats mettent en évidence de forts écarts

départementaux concernant l'incapacité, selon une géographie proche de celle des écarts de mortalité. Les départements dans lesquels l'espérance de vie sans incapacité est faible se caractérisent par une forte prévalence des limitations fonctionnelles touchant les fonctions physiques.

► **The Causal Effects of Place on Health and Longevity**

DERYUGINA T. ET MOLITOR D.
2021

NBER Working Paper ; 29321. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29321>

Life expectancy varies substantially across local regions within a country, raising conjectures that place of residence affects health. However, population sorting and other confounders make it difficult to disentangle the effects of place on health from other geographic differences in life expectancy. Recent studies have overcome such challenges to demonstrate that place of residence substantially influences health and mortality. Whether policies that encourage people to move to places that are better for their health or that improve areas that are detrimental to health are desirable depends on the mechanisms behind place effects, yet these mechanisms remain poorly understood.

Handicap

Disability

► **Rapport d'information sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**

BAZIN A. ET BOCQUET E.
2021

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-748-notice.html>

En application de l'article 57 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, Arnaud Bazin et Éric Bocquet, rapporteurs spéciaux de la commission des finances pour la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », ont mené une mission de contrôle budgétaire sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Les rapporteurs pointent le contraste existant entre la relative stabilité des moyens dont ces structures

sont dotées et la hausse considérable de leur activité, notamment au titre de l'AAH. Ils en appellent donc à une augmentation structurelle de leurs moyens, au financement de laquelle l'État doit prendre sa juste part. Ils considèrent également que les MDPH peuvent contribuer à améliorer notre connaissance de l'AAH et de ses bénéficiaires, aujourd'hui largement insuffisante eu égard à son coût, notamment grâce à la poursuite de l'effort d'harmonisation de leurs systèmes d'information et en les associant davantage à une démarche d'objectivation des phénomènes de fraude et de non recours au droit. Enfin, face au constat de disparités territoriales persistantes, les rapporteurs appellent de leurs vœux le renforcement du pilotage national des MDPH qui doit mettre au cœur de ses préoccupations l'harmonisation des pratiques, dans un souci de justice territoriale, tout en sachant prendre en compte les situations particulières (résumé de l'éditeur).

► **Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap - Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

BOHIC N. ET LE MORVAN F.
2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article828>

En décembre 2020, l'Igas a été saisie par Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée du Handicap, afin de tirer les enseignements des mesures d'urgence prises pour faire face à la pandémie, et pour proposer une évolution du droit permettant de faciliter la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) concernés. L'inspection générale vient de rendre sa copie. Parmi les mesures structurelles identifiées, l'Igas préconise de supprimer les spécialités subordonnées à la gravité des handicaps ou à des bornes d'âges rigides; de permettre à tout établissement d'offrir un accueil temporaire ou d'intervenir au domicile des personnes accueillies; de réviser les conditions minimales de fonctionnement des ESSMS, qui doivent se limiter à un socle commun, assorti de prescriptions complémentaires pour les handicaps le justifiant. La mission a identifié d'autres voies d'amélioration notamment la reconnaissance aux personnes en situation de handicap d'un droit aux soins de santé, ainsi qu'un « droit d'absence » sans frais d'hébergement. La mission défend en outre « une approche globale du handicap » à travers un cadre

permanent pour les structures accueillant des jeunes relevant également de la protection de l'enfance; des partenariats systématiques avec d'autres acteurs; des formules intermédiaires entre l'hébergement et le logement inclusif.

► **La précarité professionnelle des femmes handicapées**

FONDATION INTERNATIONALE DE LA RECHERCHE APPLIQUÉE SUR LE HANDICAP

2021

Paris Firah.

<https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/handicap-genre-precarite/handicap-genre-et-precarite-professionnelle-rl.pdf>

Cette revue de littérature a été produite dans le cadre du projet « Handicap, genre et précarité professionnelle : parcours biographiques et réception de l'action publique » (2020-2022), financé dans le cadre de l'appel à projet lancé par la Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH), la Croix Rouge Française et la Fondation d'entreprise MAAF Initiative et Handicap. Il est aussi soutenu par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

► **Accessibilité aux soins : cas particulier des personnes malentendantes et sourdes**

SIRET C., CRESSARD P., ELANA E., *et al.*

2021

Paris Cnom.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1dqhkr6/cnom_rapport_cru_2020.pdf

Lorsqu'on associe accessibilité et handicap, vient le plus souvent à l'idée celle mise en place pour les handicaps dits « visibles », ce qui est une infime partie de l'accessibilité, qui prône que chacun est libre de circuler et de vivre en totale autonomie. Il existe, en effet, des personnes en situation de handicap dit « invisible » et parmi elles, les personnes malentendantes et sourdes qui représentent plus de 7 millions de personnes déficientes, soit 11,2 % des Français (Drees, août 2014). La particularité de ce handicap est de limiter de façon partielle ou totale l'accès à toutes informations en raison de difficultés de communication. Après un aperçu historique sur les sourds en France et quelques données épidémiologiques, ce rapport aborde les

aspects suivants : présentation des déficiences auditifs, partiels ou complets, réglementation relative à l'accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes,

les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins, des solutions pour améliorer l'accès aux soins.

Hôpital

Hospital

► Analyse de l'activité hospitalière 2020 : HAD et MCO

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2021

Lyon ATIH.

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2020>

L'activité MCO a été marquée en 2020 à la fois par la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 et par la déprogrammation des soins non urgents en hospitalisation. Les structures d'HAD ont été fortement mobilisées durant la crise, venant amplifier la dynamique d'activité observée ces dernières années. En complément des analyses, des données sont mises à disposition selon différents formats de restitution.

► Bilan social 2019

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2021

Lyon ATIH.

<https://www.atih.sante.fr/bilan-social-2019>

Ce rapport restitue les caractéristiques 2019 des ressources humaines élaborées à partir des données transmises à l'ATIH par les établissements publics de santé dans le cadre de l'enquête « Bilan Social ». Pour rappel, cette enquête n'est obligatoire que pour les établissements publics de plus de 300 agents.

► Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile

BOISGUERIN B., DELAPORTE A. ET VACHER T.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1208)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>

En 2020, 1 342 hôpitaux publics, 667 établissements privés à but non lucratif et 974 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 2 983 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (387 000 lits) et partielle (80 000 places). En 2020, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,5 %). En revanche, le nombre de places reste dynamique (+1,7 %), avec une progression qui reste plus importante en moyen séjour (+4,7 %) qu'en court séjour (+2,4 %). En 2020, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile connaissent une augmentation plus forte que les années précédentes (+10,8 %, après +6,2 % en 2019). Elles représentent ainsi 7,0 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, a augmenté de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation a progressé de 14,5 %.

► **Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services**

COUR DES COMPTES

2021

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale]. Paris : Cour des comptes: 265-294.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securete-sociale-2021>

En 2009 et 2010, dans la continuité de la réforme appliquée à partir de 2004 aux soins aigus (MCO, le ministère de la santé a envisagé, pour les établissements de santé, des réformes du financement des soins de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR). Une démarche analogue de réforme globale du financement a également été envisagée à la même période dans le domaine médico-social, pour les soins délivrés dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (Ehpad) et pour les diverses catégories de services et d'établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées (ESMS- PH). Ainsi, quatre chantiers majeurs de réforme des modalités de financement ont été engagés parallèlement. S'il est trop tôt pour tirer un bilan complet, les progrès enregistrés restent très partiels au bout de dix ans. Or l'absence ou l'insuffisance des progrès de réformes du financement serait dommageable à la stratégie de gradation des soins ou de transformation vers des modalités plus inclusives. Dans les deux domaines sanitaires examinés, psychiatrie et SSR, où de nombreux arbitrages restent pendants, comme pour les deux réformes tarifaires du champ médico-social, encore inachevées, il paraît indispensable de perfectionner les modèles et d'adopter une méthode de pilotage rénovée.

► **En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants**

DIXTE C. ET BOUR R.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1205)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1205.pdf>

En 2019, un agent de la fonction publique hospitalière (FPH) perçoit en moyenne 2 315 euros nets par mois en équivalent temps plein; cette moyenne prend en

compte tous les salariés des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou personnels médicaux. En euros courants, le salaire net moyen augmente de 0,3 % par rapport à 2018. Corrigé de l'inflation, c'est-à-dire en euros constants, il diminue de 0,8 %. Le salaire net moyen des fonctionnaires de la FPH diminue de 0,8 % en euros constants. Pour les contractuels, il baisse plus modérément (- 0,3 %), notamment en raison du fort recul du nombre de contrats aidés, en moyenne moins rémunérés. Celui des personnels médicaux baisse également de 0,3 %. En 2019, les disparités salariales dans la FPH diminuent légèrement, les salaires les plus élevés baissant en termes réels plus que les autres. Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 20,6 % à celui des hommes; à profil identique, l'écart salarial est de 3,6 %. Pour les salariés présents toute l'année en 2018 et en 2019 chez le même employeur et avec la même quotité de travail, soit près de deux agents sur trois de la FPH, le salaire net moyen augmente de 0,4 % en euros constants.

► **Demain, quel hôpital public ?**

GRIMALDI A., VERNANT J. P., KERVASDOUE J. DE., *et al.*

2021

Sève : Les Tribunes De La Santé(68): 27-109.

Le présent numéro des Tribunes de la santé vise à approcher de plus près les expériences hospitalières qui discrètement, imperceptiblement mais vigoureusement, dessinent les lignes de l'hôpital de demain. Il réunit des contributions d'acteurs ou de spécialistes de l'hôpital aux visions contrastées, parfois contradictoires, mais toutes portées par la conviction que l'hôpital est une structure d'avenir, un organisme au cœur du pacte social et surtout une institution digne de toute notre confiance, malgré les difficultés qu'elle rencontre et les défis incommensurables qu'elle doit relever (extrait de l'éditorial)

► **Qualité des soins perçue par le patient. Indicateurs PROMs et PREMs? : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2021

Saint-Denis HAS.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277049/fr/rapport-qualite-des-soins-percue-par-le-patient-indicateurs-proms-et-prems-panorama-d-experiences-etrangees-et-principaux-enseignements

Ce rapport répond aux questions soulevées par l'utilisation de la mesure de la qualité des soins perçues par les patients. En effet, la France est un des pays les plus avancés en matière de mesure de l'expérience des patients, avec le dispositif national e-Satis de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients hospitalisés. Elle est par contre moins avancée que les autres pays pour la mesure des PROMs. L'ambition de progresser sur l'utilisation des PROMs et des PREMs s'illustre par des initiatives locales volontaires et par des expérimentations nationales et régionales pilotées par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, qui pourraient se généraliser dans les années à venir. L'accélération du numérique en santé et la prochaine mise en œuvre de Mon Espace Santé devraient aussi permettre de répondre aux enjeux et aux attentes des patients et des professionnels, auxquels la HAS participe pour assurer sa mission d'amélioration pour tous de la qualité des soins. La HAS s'engage dans des actions en faveur de la mesure de la qualité perçue

► **Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes sur les soins critiques**

LEROUCHE C.

2021

Paris : Sénat

<http://www.senat.fr/rap/r20-841/r20-8411.pdf>

L'épidémie de covid-19 a mis en lumière l'importance des unités de soins critiques dans l'arsenal de réponse à une crise sanitaire tout en révélant les faiblesses de leur organisation. Revenant sur les trois premières « vagues » épidémiques, l'enquête conduite par la Cour des comptes montre bien que si cet épisode, exceptionnel par son ampleur et sa durée, ne peut servir de « standard » pour l'organisation pérenne des soins critiques, il a agi comme un révélateur de difficultés structurelles qui n'avaient pas été analysées par les pouvoirs

► **En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-2019 a diminué de 13 % par rapport à 2019**

NAOURI D.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1204)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1204.pdf>

En 2020, 10,4 millions de personnes ont été hospitalisées en court séjour, dont environ 2 % pour la Covid-19. Cela correspond à 15,9 millions de séjours. Le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 diminue de 13 % par rapport à 2019. Cette baisse inédite du nombre de séjours est davantage concentrée sur la première vague de l'épidémie (-52,9 %). Elle n'est pas uniforme géographiquement, puisque les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées lors de la première vague, ont connu une diminution plus importante que les autres. Ce recul est plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (-22,6 %) et pour les séjours liés à des motifs ORL (-31,6 %), maladies infectieuses (-28,1 %) et maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-26,9 %], ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Troisième plus forte contribution à la baisse globale du nombre de séjours (derrière les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire), les maladies de l'appareil circulatoire ont, elles aussi, connu une nette baisse (-10,8 %) : c'est le cas notamment des séjours pour accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde. Les séjours de chirurgie (-15,5 %) et les séjours pour actes et procédures peu invasifs (-14,8 %) ont diminué plus fortement que les séjours médicaux (-9,2 %).

► **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France**

OR Z., TOURE M. ET ROCOCO E.

2021

Document de travail Irdes ; 85. Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/085-impact-de-la-concurrence-sur-la-qualite-des-soins-hospitaliers-exemple-de-la-chirurgie-du-cancer-du-sein-en-france.pdf>

Les conséquences de la concurrence entre les hôpitaux sur la qualité des soins font débat. D'une part, la théorie économique suggère que lorsque les prix sont réglementés, la qualité des soins augmente dans les marchés compétitifs. A l'inverse, les économies

d'échelle et l'existence d'une relation positive entre le volume d'activité et la qualité des soins plaident en faveur de la concentration de l'offre de soins hospitaliers. En utilisant des données individuelles du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur deux années (2005 et 2012), nous suivons l'évolution de la concurrence entre les hôpitaux

pratiquant la chirurgie du cancer du sein en France. Nous utilisons la pratique de deux techniques chirurgicales innovantes comme une mesure de la qualité des soins : la Reconstruction mammaire immédiate (RMI) après une mastectomie et la technique du Ganglion sentinelle (GS)... (résumé d'auteur).

Covid

► Analyse de l'activité hospitalière 2020. Covid-19

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION
2021

Lyon ATIH.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_covid.pdf

En 2020, la crise sanitaire induite par la pandémie de Covid-19 a fortement impacté l'activité des établissements de santé. Les prises en charge hospitalières pour Covid-19 ont concerné les quatre champs sanitaires. Aussi, la description proposée est transversale.

► The Financial Fragility of For-Profit Hospitals: Evidence From the COVID-19 Pandemic

BAI G., JIMENEZ D. ET PHAN P.
2021

NBER Working Paper ; 29388. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29388>

We estimate the likelihood of financial distress of U.S. hospitals in 2020 due to the COVID-19 pandemic using AHA Annual Survey data for 2011-2019 and smartphone mobility data for 2020. We find that while the average likelihood of distress across all hospitals is 28.53% in 2020, slightly increasing from 2019, for-profit hospitals are much more likely to be distressed. Their average likelihood of financial distress is 39.13%---a 6.93 percentage point increase from 2019. For-profit hospitals are the main providers of specialty health care services, such as psychiatric and acute long-term care, so their increased likelihood of distress poses a risk to service provision in these specialty areas, and particularly in rural communities. Our prediction model based on mobility data performs very well in sample against actual data and can potentially help policymakers and hospital administrators to monitor financial distress in real-time when case mixes change, or other large shocks materialize

Inégalités de santé

health inequalities

► **Early Childhood Development, Human Capital and Poverty**

ATTANASIO O., CATTAN S. ET MEGHIR C.
2021

NBER Working Paper ; 29362. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29362>

Children’s experiences during early childhood are critical for their cognitive and socio-emotional development, two key dimensions of human capital. However, children from low-income backgrounds often grow up lacking stimulation and basic investments, leading to developmental deficits that are difficult, if not impossible, to reverse later in life without intervention. The existence of these deficits is a key driver of inequality and contribute to the intergenerational transmission of poverty. In this paper, we discuss the framework used in economics to model parental investments and early childhood development and use it as an organizing tool to review some of the empirical evidence on early childhood research. We then present results from various important early childhoods interventions with emphasis on developing countries. Bringing these elements together we draw conclusions on what we have learned and provide some directions for future research.

► **The Great Divide: Education, Despair and Death**

CASE A. ET DEATON A.
2021

NBER Working Paper Series ;29241. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/29241>

Deaths of despair, morbidity and emotional distress continue to rise in the US. The increases are largely borne by those without a four-year college degree—most American adults. For many less-educated Americans, the economy and society are no longer providing the basis for a good life. Concurrently, all-cause mortality in the US is diverging by education—falling for the college-educated and rising for those without a degree—something not seen in other rich countries. We review the rising prevalence of pain, despair, and suicide among Americans without a BA.

Pain and despair created a baseline demand for opioids, but the escalation of addiction came from pharma and its political enablers. We examine “the politics of despair,” how less-educated people have abandoned and been abandoned by the Democratic Party. While healthier states once voted Republican in presidential elections, now the least-healthy states do. We review the evidence on whether or not deaths of despair have risen during the COVID pandemic. More broadly, excess mortality from COVID has not increased the ratio of all-cause mortality rates for those with and without a four-year degree but has instead replicated the pre-existing mortality ratio.

► **The Measurement of Health Inequalities: Does Status Matter?**

COSTA-FONT J. ET COWELL F.
2021

Journal of Economic Inequality: 27.
<http://eprints.lse.ac.uk/110484/>

Approaches to measuring health inequalities are often problematic because they use methods that are inappropriate for categorical data. In this paper we focus on “pure” or univariate health inequality (rather than income-related or bivariate health inequality) and use a concept of individual status that allows a consistent treatment of such data. We take alternative versions of the status concept and apply methods for treating categorical data to examine self-assessed health inequality for the countries included in the World Health Survey. We also use regression analysis on the apparent determinants of these health inequality estimates. We show that the status concept that is used will affect health-inequality rankings across countries and the way health inequality is related to countries’ median health, income, demographics and governance.

► **Trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale - Actes du séminaire de recherche comité scientifique du CNLE - DREES**

DUVOUX N. ET LELIEVRE M.

2021

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/Seminaire%20CNLE-DREES-BAT.pdf>

Sur le modèle des travaux menés par M. Michel Legros sur la question de l'invisibilité sociale, ou par M. Jean-Pierre Bultez sur celle des budgets de référence, le séminaire entend articuler les deux aspects du travail de l'Onpes dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion. Il s'agit d'une part de la recherche universitaire, en vue de l'élucidation de concepts et de sources qui demeurent souvent complexes et contradictoires dans le champ des sciences sociales. Il s'agit d'autre part d'une fonction de dévoilement, avec la validation d'études aux fins de leur publication et de leur vulgarisation. Le choix du sujet des trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion répond à un souhait ancien des membres du conseil de l'Onpes, au premier rang desquels M. Jean-Luc Outin. Les photographies instantanées, les synthèses disponibles ne dévoilent rien de la dynamique qui anime les événements qui se succèdent. Elles ne rendent pas compte de la réalité, du vécu et des souffrances des personnes. L'étude de cette réalité doit considérer la dimension temporelle. Sur la base d'indicateurs, l'Onpes soulignait dès 2008 des risques d'irréversibilité (Onpes, 2008, 87-145). Ce constat nécessitait encore d'être pleinement validé par une argumentation scientifique.

► **The Effects of Education on Mortality: Evidence Using College Expansions**

FLETCHER J. ET NOGHANIBEHAMBARI H.

2021

NBER Working Paper ; 29423. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29423>

This paper explores the long-run health benefits of education for longevity. Using mortality data from the Social Security Administration (1988-2005) linked to geographic locations in the 1940-census data, we exploit changes in college availability across cohorts in local areas. We estimate an intent to treat effect of exposure to an additional 4-year college around age 17 of increasing longevity by 0.13 months; treatment on

the treated calculations suggest increases in longevity between 1-1.6 years. Some further analyses suggest the results are not driven by pre-trends, endogenous migration, and other time-varying local confounders. This paper adds to the literature on the health and social benefits of education.

► **Privations matérielles et sociales depuis 2013. Enquête SRCV**

INSEE

2021

Insee Résultats: Non paginé.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5011231>

Cet Insee Résultats explore la privation matérielle et sociale déclarée dans l'enquête Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie (SRCV). L'indicateur européen de privation matérielle et sociale mesure la part de la population se trouvant dans l'incapacité de couvrir les dépenses liées à au moins cinq éléments de la vie courante sur les 13 considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable. Il est décliné selon l'âge, le sexe, le niveau de vie du ménage, la composition de la famille, le diplôme, la catégorie socioprofessionnelle, la situation vis-à-vis de l'emploi, la taille de l'unité urbaine de la commune de résidence et la limitation dans les activités courantes. Deux séries de tableaux sont mis à la disposition selon le champ considéré. Une première série de tableaux présente l'indicateur de privation matérielle et sociale et ses 13 items calculé sur l'ensemble de la population; la seconde série détaille la privation matérielle et sociale selon des caractéristiques individuelles disponibles uniquement pour la population des 16 ans ou plus.

► **Inequality in Mortality Between Black and White Americans By Age, Place, and Cause, and in Comparison, to Europe, 1990-2018**

SCHWANDT H., CURRIE J., BAR M., *et al.*

2021

NBER Working Paper Series ;29203. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29203>

Although there is a large gap between Black and White American life expectancies, the gap fell 48.9% between 1990-2018, mainly due to mortality declines among Black Americans. We examine age-specific mortality

trends and racial gaps in life expectancy in rich and poor U.S. areas and with reference to six European countries. Inequalities in life expectancy are starker in the U.S. than in Europe. In 1990 White Americans and Europeans in rich areas had similar overall life expectancy, while life expectancy for White Americans in poor areas was lower. But since then even rich White

Americans have lost ground relative to Europeans. Meanwhile, the gap in life expectancy between Black Americans and Europeans decreased by 8.3%. Black life expectancy increased more than White life expectancy in all U.S. areas, but improvements in poorer areas had the greatest impact on the racial life expectancy gap. The

Covid

► Mortality Rates By College Degree Before and During COVID-19

CASE A. ET DEATON A.
2021

NBER Working Paper ; 29328. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29328>

It is now established that mortality and excess mortality from Covid-19 differed across racial and ethnic groups in 2020. Less is known about educational differences in mortality during the pandemic. We examine mortality rates by BA status within sex, age, and race/ethnic groups comparing 2020 with 2019. Mortality rates have increasingly differed by BA status in the US in recent years and there are good reasons to expect the gap to have widened further during the pandemic. Using publicly available provisional data from the National Center for Health Statistics we find that mortality rates increased in 2020 over 2019 for those with and without a BA, irrespective of age, sex, or race/ethnicity. Although mortality rates increased by more for those without a BA, the ratio of mortality rates for those with and without a BA changed surprisingly little from 2019 to 2020. Among 60 groups (sex by race/ethnicity by age) that are available in the data, the ratio of mortality rates of those without a BA to those with a BA fell for more than half of the groups. Our results suggest that differences in the risk of infection were less important in structuring mortality by education than differences in the risk of death conditional on infection.

► Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2021

Paris HCSP.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1092>

La crise de Covid-19 a eu un impact majeur sur les inégalités sociales (ISS) et territoriales de santé (ITS). Certains effets sont de nature infectieuse, en lien direct avec le virus : surmortalité dans les territoires les plus pauvres, séroprévalence, incidence. D'autres sont indirects, à l'origine d'une crise sanitaire globale : santé mentale, violences intra-familiales, sédentarité, insécurité et comportements alimentaires, retentissement scolaire. Les effets économiques multiples, pauvreté, chômage ou encore la scolarisation sont porteurs de retentissements sur la santé à long terme. Les difficultés d'accès aux soins, des déprogrammations auront des conséquences variables selon les groupes sociaux et les territoires. L'analyse des recommandations sanitaires pendant la crise montre cependant que les ISS et les ITS ont rarement été évoquées et n'ont pas fait l'objet de recommandations explicites, en contraste avec la priorité affichée dans la Stratégie nationale de santé. L'universalisme proportionné, comme réponse à un gradient social de santé n'a pas été pris en compte. En revanche, les associations et les collectivités territoriales, les politiques nationales et la protection sociale ont probablement été efficaces pour limiter le creusement des ISS. L'appareil statistique n'était pas préparé à suivre l'évolution des ISS et ITS. L'effort de recherche a été considérable mais ne peut permettre un pilotage des politiques. La démocratie sanitaire a été mise à rude épreuve, qu'il s'agisse des parlementaires ou des citoyens. Le HCSP fait 22 recommandations pour la prise en compte effective des ISS et des ITS en période de crise qui a un caractère global, et qu'il importe de préparer par une politique sanitaire dans le long terme.

► **Baromètre sur la solitude et l'isolement des personnes de 60 ans et plus**

PETITS FRÈRES DES PAUVRES
2021

Paris Petits Frères des Pauvres.

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/nouveau-rapport-sur-l-isolement-530-000-personnes-agees-en-situation-de-mort-sociale-en-france>

Dans ce nouveau rapport, les Petits Frères des Pauvres analysent les impacts de la crise sanitaire sur les condi-

tions de vie des aînés et leur isolement. Réalisé en collaboration avec le Cercle Vulnérabilités et Société, sur la base d'une étude qualitative auprès de 100 personnes âgées, de professionnels, d'aidants et de bénévoles, il révèle l'impact déterminant des conditions de vie, des vulnérabilités et de la fragilité des liens sociaux sur le vécu de la crise. C'est l'occasion pour l'Association d'alerter sur la nécessité de changer les regards sur la vieillesse, de se mobiliser contre les risques de clivages inter mais aussi intragénérationnels, et de faire du maintien du lien social une priorité.

Médicament

Pharmaceuticals

► **Medication of Postpartum Depression and Maternal Outcomes: Evidence From Geographic Variation in Dutch Prescribing**

CURRIE J. ET ZWIERS E.
2021

NBER Working Paper ; 29439. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29439>

Using data on over 420,000 first time Dutch mothers, we examine the effects of postpartum antidepressant use on a wide range of maternal outcomes including further treatment for severe mental illness, labor market outcomes, and family formation. We exploit rules which state that Dutch general practitioners (GPs) must be available to make house calls to their patients. In practice many therefore use postal code boundaries to limit their practices. We instrument a postpartum woman's receipt of antidepressants with the propensity to prescribe antidepressants to women aged 46 to 65 among GPs in her postal code. Ordinary Least Squares estimates suggest highly negative effects of postpartum treatment with antidepressants, but this is mainly due to selection into treatment. Instrumental variable estimates suggest that the marginal patient treated with postpartum antidepressants is much more likely to continue taking antidepressants long-term, with little evidence of effects on other outcomes.

► **A Taste of Their Own Medicine: Guideline Adherence and Access to Expertise**

FINKELSTEIN A., PERSSON P. ET POLYAKOVA M.
2021

NBER Working Paper ; 29356. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29356>

We use population administrative data from Sweden to study adherence to 63 medication-related guidelines. We compare the adherence of patients without personal access to medical expertise to the adherence of those with access, namely doctors and their close relatives. We estimate that, among observably similar patients, access to expertise is associated with 3.8 percentage points lower adherence, relative to a baseline adherence rate of 54.4 percent among those without access. This association is larger for recommendations with a weaker clinical motivation. Our findings suggest an important role in non-adherence for factors other than those, such as ignorance, complexity, or failures of patient-provider communication, that would be expected to diminish with access to expertise.

► **Études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et des dispositifs médicaux : guide méthodologique**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2021

Saint-Denis Has.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3284524/fr/etudes-en-vie-reelle-pour-l-evaluation-des-medicaments-et-dispositifs-medicaux

Ce guide utilise le terme de données « en vie réelle » correspondant à l'ensemble des données générées dans des études observationnelles, en conditions de pratique courante. Il vise à soutenir et accompagner la réalisation d'études en vie réelle des produits de santé, en vue de leur évaluation par les commissions d'évaluation de la HAS. Il vise à proposer des points de repère pratiques sur les aspects méthodologiques pour optimiser le niveau de preuve de ces études et la confiance dans leurs résultats. Ce guide s'applique donc à toutes les études en vie réelle sur les produits de santé (médicaments ou DM), y compris celles demandées par les commissions d'évaluation de la Has (« études post-inscription »). Il s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans la conception et la réalisation des études en vie réelle sur les produits de santé : les industriels, les sociétés de recherche contractuelle, mais aussi les organisations professionnelles et les équipes académiques, qui sont de plus en plus souvent impliquées, notamment dans le cadre de partenariats publics-privés.

► **Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2020**

LEEM
2021

Paris Leem.

<https://www.leem.org/sites/default/files/2021-10/BilanEco2021.pdf>

Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement...).

► **Effects of Opioid-Related Policies on Opioid Utilization, Nature of Medical Care, and Duration of Disability**

NEUMARK D. ET SAVYCH B.

2021

NBER Working Paper ; 29371. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29371>

It is now established that mortality and excess mortality from COVID-19 differed across racial and ethnic groups in 2020. Less is known about educational differences in mortality during the pandemic. We examine mortality rates by BA status within sex, age, and race/ethnic groups comparing 2020 with 2019. Mortality rates have increasingly differed by BA status in the US in recent years and there are good reasons to expect the gap to have widened further during the pandemic. Using publicly available provisional data from the National Center for Health Statistics we find that mortality rates increased in 2020 over 2019 for those with and without a BA, irrespective of age, sex, or race/ethnicity. Although mortality rates increased by more for those without a BA, the ratio of mortality rates for those with and without a BA changed surprisingly little from 2019 to 2020. Among 60 groups (sex by race/ethnicity by age) that are available in the data, the ratio of mortality rates of those without a BA to those with a BA fell for more than half of the groups. Our results suggest that differences in the risk of infection were less important in structuring mortality by education than differences in the risk of death conditional on infection.

Methodology – Statistics

► **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**

CALVO M., LEROY C. ET RICHET-MASTAIN L.
2021

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/methodologie-de-lenquete-aupres-des-beneficiaires-de-minima>

L'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS), réalisée par la Drees, s'inscrit dans le cadre du dispositif d'observation statistique des situations des populations en difficulté. Elle a pour principal objectif de mieux connaître les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux. La dernière édition de l'enquête a été menée essentiellement fin 2018. Elle succède à trois enquêtes réalisées en 2003, 2006 et 2012. Ce document décrit de façon détaillée l'élaboration de la 4^e édition de cette enquête. Elle a été collectée au dernier trimestre 2018 et début 2019, et porte sur les bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité fin décembre 2017. Elle a déjà fait l'objet de plusieurs publications. Ce document est structuré en six parties qui correspondent aux principales étapes de la réalisation d'une enquête. La première présente son contexte et sa mise en place. En particulier, cette opération fait intervenir de nombreux organismes publics qui la financent et participent à son élaboration. La deuxième partie se focalise sur le déroulement de la collecte. La partie suivante présente dans le détail le plan de sondage. La quatrième partie décrit les opérations post-collecte : apurement, traitement de la non-réponse et pondérations. Les opérations d'appariements du fichier avec d'autres données font l'objet de la cinquième partie. Enfin, la dernière partie porte sur la diffusion du fichier et des résultats. Des annexes complètent la partie principale de ce Dossier de la DREES. Un second Dossier de la DREES méthodologique sera publié sur le traitement des dépenses et des revenus, qui font l'objet d'imputations et, pour les revenus uniquement, d'appariements. Un Dossier de la DREES sur le traitement des revenus avait déjà été diffusé à propos de l'enquête BMS 2012.

► **Measuring Health at a Global Level with a Unified Tool: A Review of Institutional and Methodological Milestones of the Global Burden of Disease Project**

LIONELLO L., COUNIL E. ET HENRY E.
2020

Document de travail; 264.

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31861/dt.2021.264.measuring.health.at.a.global.level.with.a.unified.tool.en.pdf

Le projet Global Burden of Disease (GBD) représente l'une des entreprises de quantification de la santé les plus complètes à ce jour. L'Institute of Health Metrics and Evaluations (IHME), son organisation hôte, produit des estimations de plus en plus influentes en matière de santé globale et d'orientation des politiques. Le présent document de travail, premier de deux volumes issus d'une recherche en cours, propose un examen détaillé du développement du GBD en se penchant sur ses évolutions historiques conceptuelles, méthodologiques et organisationnelles. Dans ce premier volume, nous nous concentrerons sur le principal instrument de mesure mobilisé, les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY), et ses deux composantes : les années de vie perdues (YLL) et les années perdues en raison de l'incapacité (YLD). Le travail explorera ensuite les critiques les plus importantes du projet et tentera de comprendre comment le GBD a abordé ces questions sur le plan méthodologique. Enfin, le travail s'interroge sur les influences institutionnelles qui ont pu affecter cette entreprise de quantification, tout en essayant de retracer les acteurs les plus importants dans le développement de ses estimations. La recherche s'appuie sur une analyse documentaire (non structurée) des études et commentaires publiés. Elle suit un développement chronologique des différentes étapes et estimations du GBD, depuis leur première publication en 1993

► **Probabilistic Prediction For Binary Treatment Choice: with Focus on Personalized Medicine**

MANSKI C. F.
2021

NBER Working Paper ; 29358. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29358>

This paper extends my research applying statistical decision theory to treatment choice with sample data, using maximum regret to evaluate the performance

of treatment rules. The specific new contribution is to study as-if optimization using estimates of illness probabilities in clinical choice between surveillance and aggressive treatment. Beyond its specifics, the paper sends a broad message. Statisticians and computer scientists have addressed conditional prediction for decision making in indirect ways, the former applying classical statistical theory and the latter measuring prediction accuracy in test samples. Neither approach is satisfactory. Statistical decision theory provides a coherent, generally applicable methodology.

Politique de santé

Health Policy

► **Rapport d'information sur les soins palliatifs**

BONFANTI-DOSSAT C., IMBERT C. ET MEUNIER C.
2021

Paris Sénat.
<http://www.senat.fr/rap/r20-866/r20-8661.pdf>

Ce rapport de la commission mixte paritaire insiste sur trois enjeux : former largement tous les acteurs de la prise en charge, anticiper l'intervention des soins palliatifs trop souvent cantonnés à la toute fin de vie, renforcer les moyens d'accompagnement des malades, de leurs proches et des soignants qui les entourent dans ces moments de vulnérabilité.

charge partagée (Ipep), dispositifs issus de l'article 51 de la LFSS pour 2018. En région, l'initiation de la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep s'étend du premier semestre 2018 au début de l'année 2020. Comment les acteurs régionaux, en particulier les ARS, s'emparent-ils de ces nouveaux dispositifs dont une partie est conçue à l'échelle nationale ? L'enquête sociologique qualitative, fondée sur une vingtaine d'entretiens menés entre novembre 2019 et février 2020 dans quatre régions ayant participé à la phase de co-construction des cahiers des charges des expérimentations nationales Peps et Ipep, analyse les étapes suivies par les référents régionaux des ARS et du réseau de l'Assurance maladie, ainsi que les enjeux rencontrés dans cette phase initiale. Cette étude de cas interroge plus largement le rôle des différents échelons territoriaux dans l'élaboration et la mise en œuvre du renouvellement de l'action publique en santé.

► **Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadre**

BOURGEOIS I., MORIZE N. ET FOURNIER C.
2021

Questions D'économie de La Santé(Irdes)(262)
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf>

La circulaire du 13 avril 2018 informe les Agences régionales de santé (ARS) sur la procédure concernant le suivi des projets s'inscrivant dans les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en

► **Pour une alimentation saine et durable Analyse des politiques de l'alimentation en France**

FOSSE J., FURIC P., GOMEL C., *et al.*
2021

Paris France stratégie.
<https://www.strategie.gouv.fr/publications/une-alimentation-saine-durable-rapport-lassemblee-nationale>

L'Assemblée nationale a saisi France Stratégie pour réaliser une étude de la politique de l'alimentation dans ses composantes économiques, sociales, environ-

nementales et de santé publique. Nous avons fait le choix de ne pas nous cantonner à la définition réglementaire de la politique de l'alimentation pour proposer une vision plus large s'étendant à l'ensemble des politiques publiques concourant à l'alimentation, à ses qualités (nutritionnelle, sanitaire, organoleptique) et à sa durabilité : politiques nutritionnelles, sociales, environnementales, agricoles, agro-industrielles, économiques, commerciales, etc. Cette approche élargie de la notion de politique de l'alimentation, centrée sur la promotion de régimes alimentaires sains et durables, permet d'aborder de manière systémique les enjeux alimentaires, dans une mise en perspective internationale et nationale. La notion de système alimentaire, qui se définit comme « la manière dont les hommes s'organisent, dans l'espace et dans le temps, pour obtenir et consommer leur nourriture » sera placée au cœur de l'analyse

► **Lutte contre la sédentarité. Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de prévention en santé publique**

JUANICO R. ET TAMARELLE-VERHAEGHE M.
2021

Paris Assemblée Nationale.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/115b4400_rapport-information.pdf

Ce rapport, assorti de 18 propositions, rappelle les données inquiétantes portant sur les effets de la sédentarité et souligne les incontestables bienfaits de l'activité physique et sportive; il évoque les difficultés auxquelles est confrontée la politique de lutte contre la sédentarité en termes d'organisation, de pilotage et de financement. Les rapporteurs ont également souhaité mettre un accent particulier sur le rôle de l'école, socle de la prévention primaire; ils ont enfin analysé les bienfaits de l'activité physique adaptée sur les patients atteints de maladies chroniques et les seniors.

► **Atlas du 51 : les expérimentations par région**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_du_51_juin_2021.pdf

L'Atlas du 51 constitue un complément du Rapport au

Parlement, permettant de localiser les terrains d'expérimentations par région.

► **Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 (5e plan)**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>

Couvrant la période 2021-2024, le 5ème plan national de développement des soins palliatifs se structure autour d'une feuille de route dont les 15 actions doivent augmenter l'offre de soins palliatifs (tant en ville qu'en établissement), programmer plus précocement les traitements dans les parcours de santé, développer la formation en soins palliatifs, soutenir l'expertise et les travaux de recherche et ainsi, améliorer les connaissances dans ce domaine. Aux personnes concernées et à leur entourage, l'enjeu prioritaire est de garantir une prise en charge graduée et de proximité, coordonnée avec la médecine de ville. Aux professionnels et aux équipes des Ehpad notamment, il s'agit de leur faire bénéficier, à tout moment et en tout lieu, de l'appui nécessaire et de l'expertise requise en soins palliatifs ainsi qu'en accompagnement de la fin de vie. Pour cela, les actions sont conduites par le ministère et 2 experts, le Dr Olivier Mermet (généraliste dans l'Allier) et le Dr Bruno Richard (responsable du service de soins palliatifs du CHU de Montpellier).

► **Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé**

MORIZE N., BOURGEOIS I. ET FOURNIER C.
2021

Questions D'économie de La Santé(Irdes)(261)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

L'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permet la mise en place d'expérimentations de financements dérogatoires au droit commun pour les acteurs du secteur de la santé. Parmi elles, les expérimentations d'un Paiement en

équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) visent à faire évoluer les modes de financement des soins primaires en France, jusqu'alors largement dispensés par des professionnels de santé libéraux dont la rémunération est principalement à l'acte. Cependant, pour mettre en place ces évolutions au niveau local, les équipes du ministère en charge de la santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) doivent articuler deux objectifs : composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables que le plus grand nombre pourra s'approprier et qui soient adaptés aux contraintes du système de santé. Comment les équipes nationales

articulent-elles ces deux dimensions? Cette enquête s'appuie sur une méthodologie qualitative mobilisant l'analyse de documents et d'une trentaine d'entretiens semi-directifs, menés entre octobre 2019 et juin. Elle montre comment les équipes nationales s'organisent pour expérimenter et sortir des processus habituels en détaillant, d'abord, la manière dont le dispositif de l'article 51 et des expérimentations a été conçu. Puis l'analyse des processus de sélection des expérimentateurs et d'élaboration des cahiers des charges, qui définiront précisément les modèles économiques des expérimentations, souligne comment les cadres d'interaction entre professionnels de santé et pouvoirs publics se renouvellent.

Covid

► Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire

ALGAN Y. ET COHEN D.

2021

Paris : CAE

Au-delà de ses enjeux sanitaires et économiques, la crise liée à la pandémie de Covid-19 a mis à l'épreuve la coopération entre citoyens, gouvernements et scientifiques. Dans cette nouvelle Note du CAE, Yann Algan et Daniel Cohen proposent un retour d'expérience sur les principaux traits de la crise du Covid-19 avec une attention particulière sur le rôle de la confiance des citoyens envers autrui, envers les instances gouvernementales et envers les scientifiques.

► La stratégie Zéro Covid protège mieux populations, économies et libertés

PHILIPPE C. ET MARQUES N.

2021

Paris Institut économique Molinari.

<https://www.institutmolinari.org/2021/08/19/la-strategie-zero-covid-protège-mieux-populations-economies-et-libertes/>

La stratégie Zéro Covid préserve mieux la santé, mais pas seulement. Les pays du G10 sont bien plus touchés sur tous les plans par la pandémie que les pays de l'OCDE qui ont opté pour la stratégie Zéro Covid ou assimilée, représentant un benchmark représentatif (82 millions d'habitants de démocraties avancées éco-

nomiquement). Le nombre de morts par million d'habitants était 44 fois plus élevé dans les pays du G10, ce qui 1,1 million de morts de trop au 30 juin 2021. Les performances économiques, de libertés publiques ou de mobilités étaient, elles aussi, moins bonnes.

Social Policy

► Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2021

CABANNES P. Y. ET RICHEL-MASTAIN L.
2021

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Minima%20sociaux%202021.pdf>

Fin 2019, 4,30 millions de personnes sont allocataires de l'un des minima sociaux en vigueur en France, un chiffre en augmentation (+ 1,2 %) par rapport à fin 2018. En incluant les conjoints et les personnes à charge, 6,9 millions de personnes sont couvertes par les minima sociaux fin 2019, soit 10 % de la population. Par ailleurs, 6,54 millions de foyers bénéficient d'une aide au logement, 4,50 de la prime d'activité, 6,77 d'une prestation familiale et 6,91 millions de personnes de la complémentaire santé solidaire (CSS). Enfin, 5,54 millions de ménages ont reçu un chèque énergie en 2020. Ces résultats sont issus de l'édition 2021 de Minima sociaux et prestations sociales, qui détaille les dispositifs assurant la redistribution en faveur des ménages les plus modestes. Des études portant sur l'emploi, l'accompagnement et l'insertion, les revenus et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux sont également disponibles ainsi que des analyses, qui incluent également les bénéficiaires de la prime d'activité, sur leurs conditions de vie et de logement, leur état de santé et leur vie sociale. L'ouvrage présente, en outre, les barèmes en vigueur à ce jour et des données statistiques recueillies jusqu'en 2020. Il analyse les effets des prestations sociales et des impôts directs sur la réduction de la pauvreté. L'ensemble du système redistributif réduit ainsi le taux de pauvreté monétaire de 7,5 points en 2018.

► Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021 : rapport d'étape

DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA
PRÉVENTION ET À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ
2021

**Paris Délégation Interministérielle à la Prévention
et à la Lutte contre la Pauvreté.**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-pauvrete/>

Lancée en septembre 2018, la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté vise à répondre aux problématiques de reproduction de la pauvreté, de précarité des jeunes, d'insertion et d'accès aux droits. Elle s'appuie sur deux orientations prioritaires : la lutte contre les inégalités sociales dès le plus jeune âge et l'engagement d'une politique de sortie de la pauvreté par l'insertion et l'emploi. La crise sanitaire, aggravant les inégalités déjà constatées, a confirmé la pertinence de ces priorités. Ainsi, certaines mesures ont été renforcées pour parer à l'urgence sociale. Pour remédier aux fonctionnements cloisonnés constatés dans le passé, la Stratégie se déploie dans un cadre interministériel. Elle est donc portée par plusieurs ministres au niveau national, et au niveau territorial par des commissaires à la lutte contre la pauvreté, placés auprès des préfets de région. D'autre part, elle mobilise les compétences des collectivités territoriales (conseils régionaux, départementaux, communes). Pour ce faire, elle est construite sur des contractualisations avec ces collectivités, autour d'objectifs socles et d'objectifs spécifiques, définis par les collectivités en fonction du contexte territorial. D'autre part, pour co-construire des projets de proximité, répondant au mieux aux besoins des personnes, la Stratégie s'appuie sur des synergies avec le secteur associatif, les entreprises et les personnes concernées. Trois ans après le lancement de la Stratégie, ce bilan d'étape dresse un état des lieux de la mise en œuvre de cette stratégie.

► **Panorama des familles d'aujourd'hui**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE

2021

Paris HCFEA.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/panorama-familles-daujourd'hui>

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, à la demande du secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, Adrien Taquet, établit un rapport sur les familles d'aujourd'hui et les problématiques auxquelles elles sont susceptibles de faire face. Ce panorama propose un portrait détaillé des familles contemporaines dans leur diversité, en portant une attention particulière à quatre situations familiales : les familles nombreuses, les familles recomposées, les familles monoparentales et les familles homoparentales. Enfin, le HCFEA identifie les difficultés spécifiques auxquelles elles sont susceptibles de faire face, et avance un ensemble de propositions pour y remédier.

► **Rapport d'information sur l'évolution et la paupérisation d'une partie des Français**

PUISSAT F.

2021

Paris Sénat.

Ce rapport d'information livre les analyses de la mission d'information sur l'augmentation de la précarité et de la pauvreté en France au cours des dernières décennies, entre tendances lointaines et chocs dus aux crises les plus récentes - qu'il s'agisse de la crise financière de 2008 ou de l'actuelle crise épidémique de covid-19. Il présente également des propositions concrètes pour renforcer l'efficacité de l'action publique autour de quatre axes principaux : l'amélioration des outils de suivi afin de permettre aux acteurs de réagir plus vite aux situations d'urgence ; la simplification de politiques de sorties de la pauvreté résolument orientées vers le retour à l'emploi ; une action sur les dépenses contraintes qui pèsent le plus sur les ménages aux revenus les plus faibles (logement et énergie) ; et la définition d'un « filet de sécurité » plus juste et plus accessible pour nos concitoyens les plus en difficulté.

► **La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : Note d'étape**

SCHWEITZER L. P. *et al.*

2021

Paris France Stratégie.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/lutte-contre-pauvrete-temps-coronavirus-constats-effets-de-crise-pauvrete-points-de>

Où en est-on de l'impact de la crise et du premier confinement sur les plus démunis ? Un an après sa première note sur les effets du Covid-19 sur la pauvreté en France, le comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présidé par Louis Schweitzer, fait le point. Cette étude revient également sur la réponse apportée depuis mars 2020 par le gouvernement pour les plus précaires et exprime un certain nombre de points d'attention et de recommandations pour la période à venir. Le comité s'appuie sur les données et études disponibles, les informations fournies par les administrations centrales et la DIPLP, les auditions réalisées, et en particulier celles des grandes associations de lutte contre la pauvreté, et les contributions du 5^e collège du CNLE et du panel citoyen.

Prevention

► **Le Nutri-Score un étiquetage nutritionnel s'appuyant sur des bases scientifiques solides**

JULIA C., TOUVIER M., GALAN P., *et al.*
2021

Questions de Santé Publique(42)

<https://www.ireps-grandest-doc.fr/doc/voir-toutes-les-nouveautes/11-ressources-bibliographiques/14509-le-nutri-score-un-etiquetage-nutritionnel-s-appuyant-sur-des-bases-scientifiques-solides>

La France a adopté officiellement en 2017 un logo d'information nutritionnelle apposé sur la face avant des emballages : le Nutri-Score. Depuis, il a été adopté dans plusieurs pays européens, et fait partie des options avancées pour un logo harmonisé dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne. Appliqué de façon volontaire par les entreprises de l'agro-alimentaire, il apporte une information simplifiée aux consommateurs sur la qualité nutritionnelle des produits, à partir des éléments de la déclaration nutritionnelle et de la liste des ingrédients. Ce nouveau numéro de Questions de Santé Publique revient sur la construction, le développement et l'implémentation du Nutri-Score en France, ainsi que sur la manière dont il participe à améliorer les choix alimentaires des consommateurs en situation d'achat, et comment, à l'avenir, il pourrait participer à la prévention des maladies chroniques liées à la nutrition.

► **Making a Healthy Transition to Higher Education: Targered-Selective Prevention Program. Workshop 2: when the Blues Take Over**

MARCOTTE D., PARE M., LAMARRE C., *et al.*
2021

Ottawa The University of Ottawa Press.

Have you ever felt so sad or down that you've had trouble functioning at school? Or so stressed or anxious that you couldn't study or concentrate in class? Maybe you've even skipped an exam? If so, you're not alone. Many students struggle with academic success due to symptoms of anxiety or depression—disorders which have also proven to be powerful predictors of dropout during the post-secondary transition. The Zenstudies: Making a Healthy Transition to Higher Education program was designed for first-year college and university students. It includes three modules. Module 1 helps students develop mental-health awareness and understand the transition to higher education, equipping them with preventive strategies so they can successfully adjust. Module 2 includes two workshops, specifically looking at anxiety- and depression-prevention, which each last 75 to 90 minutes. The workshops are offered through student services during lunch hour, or at another appropriate time. Developed for students experiencing symptoms of anxiety or depression, Module 3 takes place in a small group setting and consists of 10 sessions that will help students develop coping skills. We've designed Zenstudies to combat school dropout during the transition to higher education, by raising awareness among students about these issues and offering preventive strategies.

Covid

► **A Simple Model of Social Distancing and Vaccination**

AVERY C.
2021

NBER Working Paper ; 29463. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29463>

This paper analyzes a simple model of infectious dis-

ease where the incentives for individuals to reduce risks through endogenous social distancing take straightforward cost-benefit form. Since disease is transmitted through social interactions, the threat of spread of infection poses a collective action problem. Policy interventions such as lockdowns, testing, and mask-wearing serve, in part, as substitutes for social distancing. Provision of a vaccination is the only inter-

vention that unambiguously reduces both the peak infection level and the herd immunity level of infection. Adoption of vaccination remains limited in a decentralized equilibrium, with resulting reproductive rate of disease $R_t > 1$ at the conclusion of vaccination. Vaccine mandates yield increases in vaccination rates and corresponding reductions in future infection rates but do not increase expected payoffs to individuals.

► **Financial Incentives and Other Nudges Do Not Increase COVID-19 Vaccinations Among the Vaccine Hesitant**

CHANG T., JACOBSON M. ET SHAH M.
2021

NBER Working Paper ; 29403. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29403>

Can financial incentives, public health messages and other behavioral nudges – approaches deployed by state and local governments, employers, and health systems – increase SARS-CoV-2 vaccination rates among the vaccine hesitant in the US? In mid-2021, we randomly assigned unvaccinated members of a Medicaid managed care health plan to \$10 or \$50 financial incentives, different public health messages, a simple appointment scheduler, or control to assess impacts on SARS-CoV-2 vaccination intentions and vaccine uptake within 30 days of intervention. While messages increased vaccination intentions, none of the treatments increased overall vaccination rates. Consistent with backlash concerns, financial incentives and negative messages decreased vaccination rates for some subgroups. Financial incentives and other behavioral nudges do not meaningfully increase SARS-CoV-2 vaccination rates amongst the vaccine hesitant.

► **Citizens From 13 Countries Share Similar Preferences For COVID-19 Vaccine Allocation Priorities**

DUCH R., ROOPE L., VIOLATO M., *et al.*
2021

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America , National Academy of Sciences 118(38): 10.

<https://econpapers.repec.org/paper/haljournal/hal-03347042.htm>

How does the public want a COVID-19 vaccine to be allocated? We conducted a conjoint experiment asking 15,536 adults in 13 countries to evaluate 248,576

profiles of potential vaccine recipients that varied randomly on five attributes. Our sample includes diverse countries from all continents. The results suggest that in addition to giving priority to health workers and to those at high risk, the public favours giving priority to a broad range of key workers and to those on lower incomes. These preferences are similar across respondents of different education levels, incomes, and political ideologies, as well as across most surveyed countries. The public favoured COVID-19 vaccines being allocated solely via government programs, but were highly polarized in some developed countries on whether taking a vaccine should be mandatory. There is a consensus among the public on many aspects of COVID-19 vaccination which needs to be considered when developing and communicating roll-out strategies.

► **Prévenir les infections à VIH en temps de nouvelle pandémie**

GUTERRES A. P.
2021

Genève Un aids.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_fr_web.pdf

Durant toute l'année 2020, la pandémie de Covid-19 a balayé le monde, menaçant des décennies de développement durement acquis et de progrès en matière de santé publique. Les initiatives mondiales et nationales visant à contrôler l'épidémie de sida font face à des menaces sans précédent. Les résultats durement acquis en matière de prévention du VIH, avec un nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en baisse de 23 % depuis 2010, risquent d'être annulés par la pandémie de Covid-19 — et les populations déjà laissées pour compte risquent de prendre encore plus de retard.

► **Impact du dépistage organisé du cancer du sein sur les trajectoires de soins : des traitements moins agressifs grâce à la détection précoce**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2021

Paris : Inca

<https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Impact-du-dépistage-organisé-du-cancer-du-sein-sur-les-trajectoires-de-soins-des-traitements-moins-agressifs-grâce-à-la-détection-précoce>

Les derniers chiffres de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein montrent un recul de la participation de 3,5 points de pourcentage sur la période 2019/2020. Si la crise sanitaire liée à la Covid 19 a certainement précipité cette baisse, la participation au programme est en diminution constante après un pic observé sur la période 2011- 2012 (52,4 % de participation). Parce qu'un cancer du sein détecté à un stade précoce permet souvent d'avoir recours à des traitements moins agressifs et présente de plus grandes chances de guérison, l'Institut rappelle, à l'occasion du mois de mobilisation contre le cancer du sein, l'importance du dialogue entre les professionnels de santé et leurs patientes sur les bénéfices et limites de ce dépistage.

► **Estimation de l'impact de la vaccination sur le risque de formes graves de Covid-19 chez les personnes de 50 à 74 ans et de 75 ans et plus en France à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS)**

JAOAGI M. J., BOTTON J., BARICAULT B., *et al.*
2021

Paris Epi-Phare.

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/impact-vaccination-covid-octobre-2021/>

La vaccination contre la Covid-19 – par les sérums de Pfizer/BioNtech, Moderna ou AstraZeneca – réduit de 90 % le risque d'hospitalisation et de décès chez les plus de 50 ans, selon les derniers résultats de l'étude pilotée par Epi-Phare, qui associe l'Assurance maladie (Cnam) et l'Agence du médicament (ANSM). Pour parvenir à cette conclusion, les chercheurs ont comparé les données de 11 millions de personnes vaccinées de plus de 50 ans avec celles de 11 millions de personnes non vaccinées dans la même tranche d'âge, sur une période allant du 27 décembre 2020 au 20 juillet dernier. Ils ont ensuite constitué des « couples », en associant à chaque personne vaccinée à une date donnée, une personne non vaccinée du même âge, de même sexe et vivant dans la même région. Ainsi à partir du 14^e jour après l'injection de la seconde dose, ils ont observé une réduction du risque d'hospitalisation supérieure à 90 %. Cette réduction est du même ordre de grandeur pour le risque de décès au cours d'une hospitalisation pour Covid-19.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout !**

ANAP
2021

Paris Anap.

<https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2831-le-nouvel-ambulatoire-en-sante-mentale-pour-une-vie-debout>

Améliorer le parcours des personnes vivant avec des troubles psychiques est un enjeu fort des projets territoriaux de santé mentale. Il appartient aux acteurs du territoire de s'organiser pour améliorer, fluidifier et sécuriser le parcours des personnes concernées. Cela implique d'aller vers ces personnes, leur apporter une réponse globale visant leur rétablissement sans négliger leur accès aux soins somatiques. Ces acteurs disposent également d'outils numériques qui peuvent faciliter leur mise en lien avec les autres professionnels du territoire et avec les personnes concernées. Ce

livret s'appuie sur des retours d'expérience d'acteurs qui ont mis en place des dispositifs originaux, au-delà des établissements et des structures. Il est étayé par la contribution de trois groupes de réflexion composés d'experts et d'équipes pionnières représentant une vingtaine d'établissements et de personnes concernées.

► **Mental Health Therapy As a Core Strategy For Increasing Human Capital: Evidence From Ghana**

BARKER N., BRYAN G. T. ET KARLAN D.
2021

NBER Working Paper ; 29407. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29407>

We study the impact of cognitive behavioral therapy (CBT) for individuals selected from the general population of poor households in rural Ghana. Results

from 2-3 months after a randomized intervention show strong impacts on mental and physical health, cognitive and socioemotional skills, and downstream economic outcomes. We find no evidence of heterogeneity by baseline mental distress; we argue that this is because CBT can improve human capital for a general population of poor individuals through two pathways. First, CBT reduces vulnerability to deteriorating mental health; and second, CBT directly improves bandwidth, increasing cognitive and socioemotional skills and hence economic outcomes.

► **Le coût des maladies mentales en France en 2018**

BLAMPAIN L. ET DURAND-ZALESKI I.
2021

Paris Fondation Fondamental ; Paris Urc-Eco.

Selon cette étude « exclusive » commandée par la Fondation Fondamental, le coût global des maladies mentales en France en 2018 atteint 160 milliards d'euros (Md€), en comptant les coûts directs et indirects, à savoir les coûts de la prise en charge en secteurs médico-social, social et sanitaire, ainsi que les coûts liés à la perte de productivité économique et à la perte de qualité de vie pour les personnes concernées. L'étude réalisée par l'unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-Eco) — structure transversale de la direction de la recherche clinique et de l'innovation de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) —, a été détaillée par la fondation à l'occasion d'un colloque organisé le 18 octobre au Conseil économique, social et environnemental (Cese).

► **Grande précarité et troubles psychiques**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2021

Saint Denis HAS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note_cadrage_has_precaire_troubles_psychiques.pdf

L'objectif de cette recommandation est de définir des bonnes pratiques, partagées par les acteurs (professionnels de santé et sociaux, pairs aidants) intervenant auprès des publics en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. L'accent sera mis sur les pratiques et coopérations permettant de repérer, orienter et proposer un accompagnement (sanitaire et social) adapté aux besoins et choix des personnes.

► **Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2021

Saint-Denis HAS.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-prise-en-charge

L'objectif de ce travail est l'élaboration de recommandations dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées suicidaires ou des conduites suicidaires. Après une présentation des définitions et des quatre principes généraux de la prévention du suicide, la recommandation comporte les parties suivantes : Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ? Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ? Comment orienter ? Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ?

► **Depression and Shopping Behavior**

MECKLEY K. ET SHAPIRO B.
2021

NBER Working Paper ; 29462. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w29462>

Using a large survey panel that connects household shopping behavior with individual health information, this paper documents correlations between self-reported depression and the size and composition of shopping baskets. First, we find that roughly 16% of individuals report suffering from depression and over 30% of households have at least one member who reports suffering from depression. Households with a member suffering from depression exhibit striking differences in shopping behavior: they spend less overall, visit grocery stores less and convenience stores more frequently and spend a smaller share of their baskets on fresh produce and alcohol but a larger share on tobacco. They spend similar shares on unhealthy foods like cakes, candy, and salty snacks. These cross-sectional correlations hold within counties, suggesting that they are not driven by region specific demographics or preferences that are incidentally correlated with depression status. They also hold when considering only single-member households. However, we rule out large differences in shopping behavior within households as they change depression status. Further,

using the take-up of antidepressants as an event, we document little change in shopping in response to treatment. With our results, we discuss takeaways for the economic impact of depression and for decision modeling.

► **The State of the World Children 2021: on My Mind – Promoting, Protecting and Caring For Children’s Mental Health**

UNICEF

2021

New York Unicef.

<https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2021>

Si la pandémie de COVID-19 a fait naître des préoccupations concernant la santé mentale d’une généra-

tion d’enfants, cette crise ne reflète toutefois qu’une partie des problématiques rencontrées en matière de santé mentale – la partie émergée d’un iceberg que nous ignorons depuis trop longtemps. Le rapport La Situation des enfants dans le monde 2021 s’intéresse à la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes qui s’occupent d’eux. Il met en évidence les facteurs de risque et de protection intervenant à certaines périodes cruciales de la vie et analyse les déterminants sociaux qui influent sur la santé mentale et le bien-être. En outre, ce rapport appelle à s’engager, à communiquer et à agir dans le cadre d’une approche holistique visant à promouvoir la santé mentale de chaque enfant, à protéger les enfants vulnérables et à prendre en charge les enfants confrontés aux problèmes les plus graves.

COVID

► **Impact du Covid-19 sur la santé mentale**

HAUT CONSEIL EN SANTÉ PUBLIQUE

2021

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>

La crise sanitaire à l’œuvre depuis le début de l’année 2020 a mis en évidence la faible culture de la population française dans le domaine de la santé mentale, la faiblesse des actions de prévention et de promotion consacrées à cette dimension de la santé, ainsi qu’un déficit de coordination et de lisibilité de l’offre en psychiatrie. Un déficit en professionnels aggrave les conséquences de ces insuffisances. Le HCSP promeut une approche extensive fondée sur quatre mots-clés : tous ensemble, proximité, ne pas nuire, apporter des ressources.

► **Mental Health Atlas 2020**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2020

Genève OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

The Mental Health Atlas, released every three years, is a compilation of data provided by countries around the world on mental health policies, legislation, financing,

human resources, availability and utilization of services and data collection systems. It serves as a guide for countries for the development and planning of mental health services. The Mental Health Atlas 2020 includes information and data on the progress made towards achieving mental health targets for 2020 set by the global health community and included in WHO’s Comprehensive Mental Health Action Plan. It includes data on newly-added indicators on service coverage, mental health integration into primary health care, preparedness for the provision of mental health and psychosocial support in emergencies and research on mental health. It also includes new targets for 2030.

► **Locked Down. a Study of the Mental Health of French Management School Students During the COVID-19 Health Crisis Using the POMS Questionnaire**

JUSTEAU S., MUSSON A. ET ROUSSELIERE D.

2021

hal-03350516.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:hal-03350516&r=fr=hea>

L’épidémie de COVID-19 a provoqué la fermeture des universités et des périodes de confinements affectant la santé mentale des étudiants. Nous utilisons le questionnaire POMS (Profile of Mood States) développé par

McNair et al. (1971) pour identifier la santé mentale des étudiants d'une école de management française (école post-bac). Nos résultats montrent qu'une part importante d'étudiants présente une altération des états mentaux et une fatigue généralisée. 41% des 1123 répondants présente un état de santé mentale

préoccupant. Nous mettons en évidence les impacts de l'absence de liens sociaux et des activités physiques et sportives. Enfin, nous proposons d'intégrer à la pédagogie des techniques permettant de réduire les états mentaux tels que le stress et l'anxiété.

Sociologie

Sociology

► **Les mondes de la santé publique : excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021**

FASSIN D.

2021

Paris : Le Seuil

Avec la pandémie de covid, la santé publique, domaine jusqu'alors méconnu, a fait irruption dans le monde. Tout ce qui fait le mouvement des sociétés s'est brusquement mis à tourner autour des questions sanitaires. Pour inscrire ce moment dans un cadre plus vaste, le cours au Collège de France qui fournit la matière de ce livre propose un détour en partant d'une scène ordinaire, celle du saturnisme infantile, pour, au fil des leçons, en décliner les enjeux à travers une série d'études de cas menées sur trois continents. La vérité du chiffre invite à réfléchir à la manière dont le travail de quantification prétend représenter les faits sociaux et sanitaires. Les frontières épistémiques interrogent la confrontation de conceptions profanes et savantes de la maladie. Les thèses conspirationnistes révèlent des réactions de défiance à l'égard des savoirs autorisés et des pouvoirs officiels. Les crises éthiques dévoilent des mécanismes de violation des droits et de détournement des biens communs au bénéfice d'intérêts privés. Quant aux enquêtes portant sur les exils précaires et les épreuves carcérales, elles permettent d'appréhender la généalogie et la sociologie de l'administration des populations vulnérables. Chacun de ces enjeux jette un éclairage singulier sur l'expérience pandémique. Au terme de ces excursions anthropologiques, la santé publique peut apparaître à la fois comme un miroir tendu à la société et un reflet que cette dernière lui renvoie.

► **Éduquer les patients, transformer les soignants**

FOURNIER C., FROUARD H. ET HALPERN C. É.

2021

In: [La santé, un enjeu de société.]: 137-140.

https://www.scienceshumaines.com/la-sante_fr_786.htm

Les maladies chroniques sont en forte augmentation. Pour les patients qui en sont atteints, il est essentiel d'apprendre à vivre avec. C'est tout l'objectif des activités d'éducation thérapeutique.

► **Venir à la sociologie par la santé publique, faire de la santé publique en sociologie. Entretien croisé avec Cécile Fournier et Gabriel Girard**

FOURNIER C. ET GIRARD G.

2021

In: [Santé critique 2, Actes de la recherche en sciences sociales ; n° 239]: 20-29.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2021-4-page-20.htm>

Cet entretien interroge les enjeux des recherches sociologiques sur la santé dans des mondes professionnels et des institutions de santé publique, à partir de deux trajectoires professionnelles et scientifiques : celle de Cécile Fournier, chercheuse à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), et celle de Gabriel Girard, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) après un parcours dans le domaine de la santé publique au Québec. En comparant les obstacles rencontrés par ces deux chercheur-e-s et les ressources qu'elle et il ont mobilisées pour construire leurs objets de recherche dans un cadre institutionnel contraint, cet

entretien croisé met en évidence les enjeux des usages de la sociologie dans les recherches dites interventionnelles sur la santé, au-delà du seul champ académique,

entre contribution à l'évaluation de l'action publique en matière de santé et investigation proprement sociologique des questions de santé.

Covid

► Crise sanitaire : un lien social maintenu fin 2020

LARDEUX R. ET PIRUS C.

2021

Etudes Et Resultats (Drees)(1211)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/crise-sanitaire-un-lien-social-maintenu-fin-2020>

Pour les Français interrogés dans le cadre du Baromètre d'opinion de la Drees fin 2020, le contexte de la crise sanitaire consolide le sentiment d'une forte solidarité entre générations. Dans le même temps, la crainte à l'égard d'une hausse des inégalités et de la pauvreté s'est généralisée dans la société. Déjà avant la crise sanitaire, seuls environ 10 % des Français faisaient confiance au personnel politique en cas de crise sani-

taire, loin derrière le crédit accordé aux journalistes (23 %) et surtout aux chercheurs et aux médecins (plus de 80 %). En 2020, six mois après le début de l'épidémie de Covid-19, 23 % estiment que la crise a été bien gérée par le gouvernement et 57 % qu'elle l'a bien été par les collectivités locales. La satisfaction vis-à-vis de la gestion de la crise est plus élevée chez ceux pour qui le sentiment de cohésion sociale et la confiance dans les canaux d'information sont forts. Le soutien des Français à l'égard de l'intervention de l'État reste élevé et s'est même nettement renforcé pendant la crise sanitaire : alors qu'un Français sur quatre jugeait jusqu'en 2019 que l'État intervenait trop en matière économique et sociale, ce n'est plus le cas que d'un sur six en 2020.

Soins de santé primaires

Primary Health care

► Physicians' Incentives, Patients' Characteristics, and Quality of Care: A Systematic Experimental Comparison of Fee-For-Service, Capitation, and Pay For Performance

BROSIG-KOCH J., GROSS M., HENNING-SCHMIDT H., *et al.*

2021

Ruhr Economic Papers;923. Bochum Ruhr-Universität Bochum.

<https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/923.html>

This paper systematically studies how performance pay, complementing either baseline fee for-service or capitation, affects physicians' medical service provision and the quality of care. Using a series of controlled experiments with physicians and students, we test the incentive effect of performance pay at a within-subject level. A discrete bonus is granted if a quality thresh-

old is reached, which varies with the patients' severity of illness. We find that performance pay significantly reduces non-optimal service provision and enhances the quality of care. Effect sizes depend on the patients' severity of illness and whether the baseline is fee-for-service or capitation. Health policy implications, including a cost benefit analysis of introducing performance pay, are discussed.

► Medically Underserved Areas: Are Primary Care Teams Efficient at Attracting and Retaining General Practitioners?

CHEVILLARD G. ET MOUSQUES J.

2021

Social Science & Medicine 287

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953621006900>

The geographical imbalances of General Practitioners (GPs) may affect their accessibility for populations, especially in medically underserved areas. We investigate the effect of the dramatic and recent diffusion of Primary Care Teams (PCTs), especially in medically underserved areas, in order to attract and retain GPs through an improvement of their working conditions. We analyze the evolution of GPs and young GPs density between 2004 and 2017 according to a spatial taxonomy of French living areas in 6 clusters. Based on a quasi-experimental design comparing living areas, depending on the clusters, with PCTs (treated) and without PCTs (control), we used difference-in-differences models to estimate the impact of PCT new settlements on the evolution of both attraction and retention of GPs. Our results show that PCT settlements are efficient to attract young GPs and that the magnitude of the effects depends on the living area clusters. Results call for specific policies to address geographical inequalities of GPs that consider the type of place and also, in France, for new measures to attract and retain GPs in rural fringes.

► **Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux**

LEGENDRE B.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1206)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-trois-quarts-des-personnes-les-plus-eloignees-des>

Entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sage-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %), alors que celle des médecins se dégrade (-6 %). Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions. Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes, mais elles se conjuguent à une concentration forte autour des pôles urbains. Les sage-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire. La répartition régionale des jeunes professionnels est globalement proche de celle des professionnels plus âgés. Environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins

généralistes, aux infirmiers et aux masseurs kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux.

► **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. Angleterre : des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie**

MICHEL L. ET OR Z.

2021

Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/578-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-angleterre-equipes-pionnieres-de-soins-integres-en-geriatrie-et-pneumologie.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

► **International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. England: Pioneer Integrated Care Teams in Geriatric and Respiratory Services**

MICHEL L. ET OR Z.
2021

Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/english/reports/579-international-comparison-specialist-care-organization-england-pioneer-integrated-care-teams-in-geriatric-and-respiratory-services.pdf>

Under pressure of increasing demand for healthcare from an ageing population with multiple chronic conditions, France, as other countries, seeks to advance care coordination across primary, hospital and long-term care sectors. Specialists play an essential role in treating patients with chronic conditions, but little attention is given to their organization out of hospitals, and their role in enhancing care coordination and patient-centered care provision.

In order to investigate different ways in which specialists are working out of hospital to integrate primary and social care, we carried out case studies in five countries (England, Germany, Italy, the Netherlands, and the United States). In each study, we examined how specialist care is organised around specific health conditions. These case studies, carried out through site visits between June 2018 and March 2019, explore the organisation of care around patients by describing the coordination of roles and tasks between specialists and other health professionals involved in patient care, with a special attention to their innovative features and underlying financial models.

This case study on the organization of specialized medicine in Germany presents three MVZs (Medizinische Versorgungszentren), interdisciplinary ambulatory healthcare centers in Berlin area. It is based on site visits in October 2018 where we interviewed the owners or the managers of these structures, along with two representatives of the National Association of Social Insurance Physicians (KBV), the general secretary of the union of MVZs, representatives of hospital federations, and two high-level German health system experts.

► **Les douze recommandations d'un rapport sénatorial pour l'accès aux soins : Rapport d'information**

MOUILLER P. ET SCHILLINGER D.
2021

Paris Sénat.

Ce rapport sénatorial porte sur l'innovation territoriale face au défi que représentent les déserts médicaux pour les élus locaux. Ils développent 12 pistes de réflexion à l'intention des collectivités et de l'État, parmi lesquelles la nécessité d'un débat national sur la liberté d'installation des médecins.

► **Conférence nationale du 26 mars 2021 - Rapports et propositions - Objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former**

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ
2021

Paris ONDPS.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/demographie-objectifs-nationaux-pluriannuels>

Après cinquante ans de régulation par le numerus clausus, l'offre de santé sera désormais déterminée par l'expression des besoins des territoires et l'expertise de nombreux acteurs réunis au sein de la conférence nationale. En effet depuis 2020, les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former se substituent au numerus clausus. Plus souples, concertés avec les régions, ils visent à mieux répondre aux besoins de santé. À la demande de Monsieur Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a conduit les travaux préparatoires de la première conférence nationale. L'approche a consisté à essayer de prendre en compte des éléments démographiques et non démographiques pour estimer au mieux la ressource humaine nécessaire pour répondre aux besoins de santé à échéance 2030-2040. Ce rapport présente une synthèse des travaux de la concertation régionale, organisée avec les agences régionales de santé et de la concertation nationale menée par l'ONDPS qui ont conduit à proposer des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former aux ministres des Solidarités et de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

► **Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux conduites addictives de leurs patients : Alcool, tabac et cannabis**

ORS PAYS DE LOIRE
2021

Nantes : ORS

<https://www.orspaysdelaloire.com/publications?publication=254>

Cette étude questionne les médecins généralistes ligériens plus spécifiquement sur les pratiques préventives concernant leurs patients présentant des conduites addictives aux substances psychoactives - alcool, tabac et cannabis.

► **Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire en matière de prévention**

ORS PAYS DE LOIRE
2021

Nantes : ORS

<https://www.orspaysdelaloire.com/publications?publication=254>

Cette étude questionne les médecins généralistes ligériens sur leurs pratiques préventives : recours à des outils et messages de prévention, participation à des actions de prévention collective et à la campagne « Mois sans tabac », consultations dédiées à la préven-

tion, impact de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

► **L'évolution de la profession de sage-femme**

PIQUEMAL A., REINGEWIRTZ S. ET ZANTMAN F.
2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article824>

L'exercice de la profession de sage-femme est centré sur le suivi de la grossesse, l'accouchement, les soins postnataux de la mère et de l'enfant, et le suivi gynécologique des patientes. Au fil des années toutefois, leurs missions ont fait l'objet d'extensions successives (en lien avec l'IVG, la vaccination...) conduisant à brouiller l'identité de ce métier. En outre, si les sages-femmes appartiennent aux professions médicales, leur gestion les rapproche de facto des professionnels paramédicaux, et les place dans un 'entre deux' qui fragilise leur positionnement et leurs interactions régulières avec les autres professionnels du soin. Ce métier connaît ainsi une crise profonde qui s'est traduite par de fortes mobilisations sociales début 2021. A la demande du ministre des solidarités et de la santé et du secrétaire d'Etat chargé de l'enfance, l'IGAS a été missionnée pour analyser la situation et formuler des recommandations sur trois aspects essentiels (et d'égale importance) du métier de sage-femme : leurs missions, leur statut (à l'hôpital), leur formation.

Covid

► **Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021**

BERGEAT M., VERGIER N., VERGER P., *et al.*
2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1209)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-demandes-de-soins-lies-la-sante-mentale-restent-plus>

Les participants au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ont été interrogés entre avril et juillet 2021 sur leur activité pendant la crise sanitaire et sur leur statut vaccinal. La moitié des médecins ont un volume d'activité similaire à une semaine ordinaire,

avant le début de l'épidémie de Covid-19, alors que près d'un quart a une activité supérieure à la normale. Les demandes de soins liés à la santé mentale ont augmenté avec l'épidémie de Covid-19. Ainsi, sept médecins généralistes sur dix constatent une hausse de leur activité pour ces motifs, une part qui a augmenté au cours de l'année 2020 et se stabilise désormais. Pour les autres motifs de consultation étudiés, et notamment le suivi des maladies chroniques, le volume d'activité est proche de celui d'une semaine ordinaire, avant la crise sanitaire. Toutefois, pour deux médecins sur cinq, les consultations relatives à des complications de maladies chroniques sont plus fréquentes qu'avant la crise. Plus de neuf médecins généralistes sur dix sont entrés dans le schéma vaccinal avant juillet 2021. Trois quarts avaient déjà reçu deux doses de vaccin

contre la Covid-19, le plus souvent avec un vaccin à ARN messenger.

► **Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux professionnels de santé en Pays de la Loire, entre mars 2020 et juin 2021**

ORS PAYS DE LOIRE
2021

Nantes : ORS

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_aout_EpidemioCovid19_5_RecoursPS.pdf

Cette étude analyse l'évolution du recours des habitants des Pays-de-la-Loire aux professionnels de santé de ville (secteur libéral, centre de santé...) au cours des quinze premiers mois de l'épidémie de Covid-19 (de mi-mars 2020 à mi-juin 2021). L'évolution du recours est détaillée par département et selon certaines caractéristiques des habitants (classe d'âge, bénéficiaire ou non de la complémentaire santé solidaire, prise en charge ou non d'une affection de longue durée). Cette analyse a été réalisée à partir des données de remboursement de l'assurance maladie intégrées au Système national des données de santé (SNDS).

Systèmes de santé

Health Systems

► **Health System Review : Slovenia**

ALBREHT T., POLIN K., PRIBAKOVIC, *et al.*
2021

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1377533/retrieve>

This analysis of the Slovene health system reviews recent developments in organization and governance, health financing, health care provision, health reforms and health system performance. Slovenia has a statutory health insurance system with a single public insurer, providing almost universal coverage for a broad benefits package, though some services require relatively high levels of co-insurance (called co-payments in Slovenia). To cover these costs, about 95% of the population liable for cost-sharing purchases complementary, voluntary health insurance. Health expenditure per capita and as a share of GDP has increased slightly, but still trails behind the EU average. Among statutory health insurance countries, Slovenia is rather unique in that it relies almost exclusively on payroll contributions to fund its system, making health sector revenues vulnerable to economic and labour market fluctuations, and population ageing. Important organizational changes are underway or have been implemented, especially in prevention, primary, emergency and long-term care. Access to services is generally good, given wide coverage of statutory health insurance. Further, Slovenia has some of the lowest rates of out-of-pocket and catastrophic spending in

the EU, due to extensive uptake of complementary voluntary health insurance. Yet long waiting times for some services are a persistent issue. Though population health has improved in the last decades, health inequalities due to gender, social and economic determinants and geography remain an important challenge. There is variation in health care performance indicators, but Slovenia performs comparatively well for its level of health spending overall. As such, there is clear scope to improve health and efficiency, including balancing population needs when planning health service volumes. Recently, the Slovene health care system was overwhelmed by the demand for COVID-19-related care. The pandemic's longer-term effects are still unknown, but it has significantly impacted on life expectancy in the short-term and resulted in delayed or forgone consultations and treatments for other health issues, and longer waiting times. Additional challenges which are necessary to address to ensure long-term sustainability, strengthen resiliency and improve the capacity for service delivery and quality of care of the health system include: 1) health workforce planning; 2) outdated facilities; 3) health system performance assessment; and 4) implementation

Covid

► Covid-19 and the Opportunity to Strengthen Health System Governance

KLUGE H., *et al.*

2021

Eurohealth 27(1).

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/covid-19-and-the-opportunity-to-strengthen-health-system-governance-eurohealth>

The aim of this special issue is to contribute to

enhanced public health and health system resilience through addressing governance issues during the pandemic. Articles draw on the expertise of the WHO Regional Office for Europe's Division of Country Health Policies and Systems, the Health Emergencies team, the European Observatory on Health Systems and Policies, and other experts. This issue is being released for dissemination at the 71st session of the WHO Regional Committee for Europe.

Travail et santé

Occupational Health

► The Effects of Expanding the Generosity of Statutory Sick Leave Insurance: The Case of a French Reform

BEN HALIMA M. A. ET KOUBI M.

2021

Document de travail du CEET; 208

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-03351470&r=&r=hea>

La réforme issue de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 vise à améliorer le niveau conventionnel de l'indemnité complémentaire des arrêts maladie versée par l'employeur. Scindée en deux volets, cette réforme réduit, d'une part, le délai de carence de l'indemnité complémentaire de 10 jours à 7 jours et, d'autre part, le critère de l'ancienneté minimale (de 3 ans à 1 an) pour bénéficier de l'indemnité complémentaire. Dans cette étude, nous utilisons un panel des données administratives Hygie de 2006 à 2010 enrichi par une nouvelle base de conventions collectives, construite par les auteurs, qui recueille les paramètres d'indemnisation complémentaire des arrêts maladie. Nous évaluons séparément les deux volets de la réforme, délais de carence et réduction de l'ancienneté minimale sur les arrêts maladie en utilisant la méthode de différence de différences avec appariement. Pour le volet carence, la réforme a un impact positif et significatif sur les absences, mesurées en termes de nombre annuel de jours d'absence (+0,5 jours). Pour le deuxième volet ancienneté, la réforme a

un impact significatif (+0,6 jours d'absence maladie +0,9 pp la probabilité annuelle d'absence pour cause de maladie). La réforme a un impact différent entre les hommes et les femmes. Le volet carence de la réforme a augmenté de manière significative le nombre annuel de jours d'absence et la probabilité d'arrêt maladie pour les hommes, tandis que le volet ancienneté de la réforme n'a un impact significatif que pour les femmes.

► Study to Support the Evaluation of the EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020

COMMISSION EUROPÉENNE

2021

Bruxelles Commission européenne.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8413&furtherPubs=no>

The EU Strategic Framework's objectives and actions have provided a unified strategic direction for improving occupational safety and health to date. They continue to support the development of a level playing field at EU level in terms of the further development, implementation and enforcement of the EU OSH acquis.

► **La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser**

COUR DES COMPTES

2021

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 325-334.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime général répare, pour les travailleurs affiliés, les dommages causés par les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles. En 2020, la branche AT-MP enregistrait 13,4 Md€ de dépenses et, du fait des conséquences de la crise sanitaire, un résultat net déficitaire de 222 M€ après sept années d'excédents. Elle couvre le risque des 18,8 millions d'assurés du régime général dont elle finance les frais de santé, les dépenses relatives à l'incapacité temporaire et à l'incapacité permanente de travail, ainsi que les rentes versées à la suite d'un décès aux ayants droit. Reconnaître un accident subi par un salarié comme lié au travail sur la base d'une simple présomption de responsabilité sans faute de l'employeur est un principe fondamental de gestion de la branche AT-MP, issu de la loi historique du 9 avril 1898. Cette présomption dispense le salarié d'établir une faute de l'employeur et un lien de causalité avec le dommage subi. En contrepartie, la loi a prévu une réparation forfaitaire et partielle du dommage subi par le travailleur, financée exclusivement par des cotisations versées par les employeurs. Des réformes récentes ont à la fois clarifié les procédures de prise en charge et amélioré la protection des assurés. Les procédures demeurent toutefois complexes et sont à l'origine de contentieux, tandis que le coût des indemnités journalières augmente (I). Des réformes s'avèrent nécessaires pour faciliter le retour à l'emploi et mieux maîtriser la reconnaissance des maladies professionnelles et la détermination du degré d'incapacité permanente, l'organisation des procédures et de la gestion des dépenses devant également être améliorée (II).

► **La rémunération des agents publics en arrêt maladie**

COUR DES COMPTES

2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-remuneration-des-agents-publics-en-arret-maladie>

Les arrêts de travail des agents de la fonction publique connaissent depuis plusieurs années une nette tendance à la hausse - le nombre moyen de jours par agents a augmenté de 21 % en seulement cinq ans, entre 2014 et 2019. Si cette augmentation touche les trois versants de la fonction publique, les fonctions publiques territoriales et hospitalières sont davantage concernées. Ces arrêts fréquents ont des conséquences négatives à la fois sur le fonctionnement, l'efficacité, l'image et les coûts du service public. En se basant sur deux types de sources, la Cour a calculé que le total des arrêts maladie correspondait à l'activité annuelle de 240 000 à 250 000 agents publics, représentant des rémunérations brutes chargées comprises entre 11 et 12 milliards d'euros. Toutes les données n'étant pas disponibles, il s'agit d'une estimation : la Cour a effectué ses calculs sur l'hypothèse conventionnelle d'un maintien intégral de la totalité du salaire de l'agent malade, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. Cette estimation, probablement supérieure aux montants effectifs est à rapporter à la masse salariale publique - soit 304 milliards d'euros en 2020. En revanche, les calculs mentionnés n'intègrent pas le coût des remplacements des agents malades, la Cour ne disposant de cette donnée que pour certaines administrations, ainsi l'éducation nationale où le budget annuel consacré aux remplacements est de 2 milliards d'euros. En ce qui concerne le jour de carence, si la Cour fait le constat qu'il contribue à maîtriser les arrêts de courte durée, elle préconise plusieurs actions complémentaires : des mesures de prévention pour éviter la diffusion des maladies sur le lieu de travail ; la prise en compte des « petits » arrêts dans la modulation du régime indemnitaire des agents ; enfin un renforcement des systèmes de contrôle des agents en arrêt maladie. La Cour des comptes fait également le constat de la complexité et de la fragmentation du système de gestion des arrêts maladie. L'administration des arrêts maladie souffre d'une quasi absence de dématérialisation des pièces justificatives et des flux de données. Par ailleurs, si la diversité des règles est en partie justifiée par la pluralité des statuts et des situations au sein de la fonction publique, la Cour recommande de mettre en place des indicateurs harmonisés et centralisés qui aujourd'hui font défaut. Le rapport comprend enfin des éléments d'appréciation sur les dispositifs inédits et pragmatiques mis en place en urgence dans le cadre de la crise sanitaire et expose les premiers enseignements qui peuvent en être tirés.

► **Quand le travail perd son sens : l'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie**

COUTROT T. ET PEREZ C.

2021

Document d'études (Dares) ; 249. Paris Dares.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quand-le-travail-perd-son-sens>

Soumis à des objectifs chiffrés, des procédures rigides et des réorganisations fréquentes, les salariés considèrent souvent que leur travail perd son sens. Comment réagissent-ils à ces difficultés ? Cherchent-ils plutôt à partir pour trouver un meilleur emploi, ou bien à agir collectivement pour influencer les pratiques managériales ? Quel est le lien entre l'évolution du sens du travail et le nombre de jours d'absence pour maladie ? Les économistes ne s'intéressent que depuis peu de temps à la question du sens du travail, et n'en ont pas de définition consensuelle. Après avoir examiné la littérature en économie et en gestion, nous proposons une définition originale du sens du travail en référence à la théorie critique du « travail vivant » et à la psychodynamique du travail. L'analyse du panel 2013-2016 de l'enquête Conditions de travail (qui comporte près de 17 000 salariés), montre qu'un faible sens du travail en 2013 est nettement associé à un changement d'emploi (l'exit) entre 2013 et 2016. Quand on corrige les problèmes d'endogénéité, il est également associé à la prise de parole collective (voire, ici l'adhésion à un syndicat) sur la même période. L'évolution du sens du travail a également un impact très significatif sur la variation du nombre de jours d'absence pour maladie.

► **Is Healthcare Employment Resilient and “Recession Proof”?**

DILLENDER M., FRIEDSON A. I., GIAN C. T., *et al.*

2021

NBER Working Paper ; 29287. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29287>

Conventional wisdom often holds that the healthcare sector fares better than other sectors during economic downturns. However, little research has examined the relationship between local economic conditions and healthcare employment. Understanding how the healthcare sector responds to economic conditions is important for policy makers seeking to ensure an adequate supply of healthcare workers, as well as for those directing displaced workers into new jobs. We

examine the impact of macroeconomic conditions on both the healthcare labor market and the pipeline of healthcare workers receiving healthcare degrees during a pre-COVID time period, 2005-2017. Our results indicate that the healthcare sector is stable across past business cycles. If anything, when areas experience more severe local economic downturns, healthcare employment increases. Much remains unknown about the adjustments and lasting impacts for the healthcare sector associated with the COVID era. Our study represents an important backdrop as policy makers consider ways to sustain the healthcare sector during economic and public health turbulence

► **Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail**

GIGONZAC V., KHIRREDINE I., CHAN-CHEE C., *et al.*

2021

Saint-Maurice : Santé publique FRance

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/enquetes-etudes/surveillance-des-suicides-en-lien-potentiel-avec-le-travail.definition-des-suicides-en-lien-potentiel-le-travail-resultats-de-l-etude-de-faisabil>

L'épidémiologie des suicides en lien avec le travail demeure mal connue en France, malgré une importance grandissante de la problématique dans le débat public. Une étude exploratoire avait montré la richesse potentielle et unique des données des rapports des instituts de médecine légale (IML) pour l'identification des suicides en lien potentiel avec le travail. Les objectifs de la présente étude étaient de : i) proposer une définition des suicides en lien potentiel avec le travail, ii) tester la faisabilité de développer un système de surveillance épidémiologique de ces suicides à partir des données des IML et iii) estimer la part de ces suicides parmi l'ensemble des suicides examinés dans les IML.

Covid

► Possibility of Recognising COVID-19 As Being of Occupational Origin at National Level in EU and EFTA Countries

EUROSTAT

2021

Luxembourg : Eurostat

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1e7ec285-2032-11ec-bd8e-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-232146935>

This publication is focusing on the legal status regarding the recognition of Covid-19 as an accident at work and/or an occupational disease at national level in each Member State and some EFTA countries. It is based on the summary report which was compiled based on the results of the dedicated survey that Eurostat Unit F.5 'Education, Health and Social Protection' launched and addressed to the national statistical authorities that

are producing the European Statistics on Accidents at Work (ESAW) and the European Occupational Diseases Statistics (EODS) in November 2020. Eurostat currently manages two data collections in the area of occupational health and safety. - European Statistics on Accidents at Work (ESAW) – collected in accordance with Commission Regulation (EU) No 349/2011, these statistics provide information on serious accidents at work (resulting in an absence from work of more than 3 days) and fatal accidents at work; - European Occupational Diseases Statistics (EODS) – collected on voluntary basis, this experimental pilot data collection refers to cases of occupational disease recognised nationally. The geographical coverage is 24 Member States: all Member States except Greece and Germany, not participating in the EODS pilot data collection. Portugal reported data for the period 2013-2015 only, then decided to suspend data transmission and flagged the need to make some quality adjustments.

Vieillesse

Ageing

► Continuer à adapter le système de retraite pour résorber les déficits et renforcer l'équité

COUR DES COMPTES

2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/continuer-adapter-le-systeme-de-retraite-pour-resorber-les-deficits-et-renforcer>

L'équilibre financier du système de retraite par répartition selon lequel les générations les plus jeunes en activité financent, notamment par leurs cotisations, les retraites des générations les plus âgées, est fragilisé par le vieillissement de la population. La résorption des déficits (13Md€ en 2020) passe par une maîtrise des dépenses de retraite qui s'inscrit dans le contexte plus large de maîtrise des dépenses sociales et de retour durable de la sécurité sociale à l'équilibre financier. Pour y parvenir, les paramètres sont nombreux (âge d'ouverture des droits à retraite, dispositifs de départ anticipé, conditions pour une retraite à taux plein, indexation des pensions, etc.) mais, in fine, la maîtrise

des dépenses de retraite passe par un recul des âges de départ à la retraite ou une baisse du niveau relatif des pensions. Les mesures devront prendre en compte les considérations d'équité entre générations et au sein de chaque génération, tout en visant à simplifier les règles et à les harmoniser entre les régimes.

► Effets redistributifs sur cycle de vie du système de retraite

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2021

Paris : COR

<https://www.cor-retraites.fr/node/576>

La loi fixe un objectif d'équité au système de retraite. Il convient donc d'analyser les transferts de richesse entre individus qu'organise le système de retraite. Ces transferts de richesse sur cycle de vie peuvent être appréhendés par un indicateur synthétique : le taux de rendement interne. Ce dossier se propose de l'éva-

luer sur plusieurs carrières types afin d'illustrer ces transferts selon le niveau de rémunération, le genre, la situation conjugale et familiale, la complétude de la carrière et l'âge de départ à la retraite.

► **Politique de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagements du territoire. 2 tomes. (État des lieux et pistes)**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE

2021

Paris HCFEA.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-conseil-de-lage-politique-de-lautonomie-mobilites-residentielles-amenagements>

Ce rapport se compose de deux parties distinctes : un premier document consacré à un état des lieux des mobilités résidentielles des personnes âgées et un second rapport proposant des pistes afin de mieux étayer les exercices de planification et de programmation des collectivités locales en matière d'habitat pour répondre aux enjeux du vieillissement. Ce travail du HCFEA recoupe pour partie le récent rapport de Luc Broussy, président de France Silver Eco, intitulé « Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations »

► **Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010**

AUBERT P.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1212)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1212_1.pdf

Fin 2019, une personne de 60 ans a une espérance de vie de 25,6 années parmi lesquelles, en moyenne, 2,4 années (soit 9,5 %) sont passées en tant que bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'espérance de vie passée dans l'APA est plus longue dans un état de dépendance modérée (1,5 année en GIR 3 ou 4) que sévère (0,9 année en GIR 1 ou 2). Elle est aussi plus élevée en tant que bénéficiaire de l'APA à domicile (1,4 année contre 1 année en établissement). Bien que l'espérance de vie totale à 60 ans augmente, l'espérance de vie dans l'APA diminue régulièrement depuis 2010 (-2,7 %), traduisant un recours à cette pres-

tation en baisse à âge donné. La part de la durée de vie après 60 ans passée en tant que bénéficiaire de l'APA varie ainsi de 10,1 % fin 2010 à 9,5 % fin 2019. La baisse est plus marquée en GIR 1 et 2 (-5 %) et à domicile (-4,5 %). Seule l'espérance de vie en GIR 3 et 4 en établissement augmente, au même rythme que l'espérance de vie totale. Si cette tendance se poursuivait, la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes pourrait être moins marquée à l'avenir que celle qui est actuellement retenue dans les scénarios de projection.

► **Pricing Long-Term Care For Older Persons**

BARBER S. L., VANGOOL K., WISE S., *et al.*

2021

Genève OMS.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344505/9789240033771-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

The objectives of this study are to describe experiences in financing and price setting and how pricing has been used to attain better coverage, quality, financial protection, and outcomes in LTC. Policy choices are critical in how health and social services for older people are delivered, and how the prices of these services are set or negotiated. These choices include the means of defining eligibility for public benefits, the use of means-testing, and the definition of the benefits package. In this context, pricing is not only about covering the costs of service delivery. Pricing is also an important policy tool that provides the right incentives to ensure that budgetary goals are met, to promote quality, to increase equity, and to foster coordination and integration with health services.

► **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**

BELLIDENTY J. ET RADE E.

2021

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/aider-son-parent-age-en-ayant-des-enfants-charge-quelle-est>

Corollaire du vieillissement démographique, la question des capacités de prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes toujours plus nombreuses se pose de manière accrue. Dans ce

contexte, l'aide apportée par la famille et l'entourage aux seniors vivant à leur domicile revêt une grande importance. Parmi les 3,9 millions de proches aidants d'une personne âgée identifiés en France métropolitaine en 2015, plus de la moitié sont des enfants s'occupant d'un de leurs parents devenu âgé ou dépendant. Or, en parallèle, l'allongement de la durée des études et l'élévation de l'âge au premier emploi ont tendance à retarder l'accès à l'autonomie des jeunes. À partir des données des enquêtes CARE de la Drees, ce dossier s'attache à décrire les caractéristiques et les situations vécues par les 725 000 personnes soutenant un de leurs parents de 60 ans ou plus vivant encore à son domicile et qui, de façon concomitante, ont encore des enfants à charge.

► **Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée : le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés**

BONNET C., CAMBOIS E. ET FONTAINE R.

2021

Population : 76(2).

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population/population-2021-2/>

En 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement marquait en France la volonté politique d'anticiper de manière globale les conséquences du vieillissement démographique. Elle formalisait les constats des recherches et débats publics internationaux qui, depuis longtemps, en soulignent l'ampleur et les multiples implications. Cette chronique fait le point sur ces questions en s'appuyant sur l'expérience de 40 pays caractérisés par une longévité élevée. En 2020, les personnes de 65 ans et plus y sont quatre fois plus nombreuses qu'en 1950; au Japon, pays le plus « vieux », leur proportion a bondi de 5 % à 28 % et leur espérance de vie a presque doublé. Une première partie présente les définitions et les mesures du vieillissement démographique, puis la diversité des dynamiques de ces 40 pays. La seconde partie décrit les enjeux multidimensionnels et imbriqués du phénomène en termes sanitaires (quelle limite à la longévité? quelle évolution de l'espérance de vie en bonne santé?), sociodémographiques (comment se modifient les configurations conjugales, familiales et économiques, via la problématique des modèles de protection sociale (retraite, aide à l'autonomie, transferts intergénérationnels).

► **Impact of Later Retirement on Mortality: Evidence From France**

BOZIO A., GARROUSTE C. ET PERDRIX E.

2021

hal-03352846.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:psewpa:hal-03352846&r=fr=hea>

This paper investigates the impact of delaying retirement on mortality among the French population. We take advantage of the 1993 pension reform in the private sector to identify the causal effect of an increase in claiming age on mortality. We use administrative data which provide detailed information on career characteristics, dates of birth and death. Our results, precisely estimated, show that an exogenous increase of one year in the claiming age has no significant impact on the probability to die, measured between age 61 and 79. To test the power of our sample to detect statistically significant effects for rare events like death, we compute minimum detectable effects (MDE). Our MDE estimates suggest that, if an impact of later retirement on mortality would be detectable, it would remain very small in magnitude.

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

DONNDER P. D. ET LEROUX M. L.

2021

Working Paper ; 1061. Toulouse TSE.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:journ:hal-03351447&r=fr=hea>

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 var-

ious empirical works when measuring the extent of state-dependent preferences for LTC.

► **Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques**

FAURE E. ET MIRON DE L' ESPINAY A.
2021

Etudes Et Résultats (Drees). (1214).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1214.pdf>

Fin 2017, les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile prévoient quasi systématiquement de l'aide humaine. Plus de la moitié des plans incluent d'autres types d'aides, comme des aides techniques ou des solutions d'accueil temporaire. Cette proportion est en hausse par rapport à 2011, où seulement quatre plans sur dix incluaient des aides non humaines. Le recours aux aides non humaines augmente avec le niveau de dépendance : 64 % des plans des individus en GIR 1 en contiennent, contre 45 % en GIR 4. Les fournitures d'hygiène et la téléalarme sont les aides techniques les plus fréquemment proposées (respectivement 25 % et 26 %). Les aides à l'accueil temporaire en établissement se développent, mais ne restent notifiées en moyenne que dans moins d'un plan sur dix. L'utilisation d'aides humaines dans les plans d'aide à domicile est très uniforme sur l'ensemble du territoire français. À l'inverse, la notification d'aides non humaines est très disparate selon les départements : certains en prévoient pour la très grande majorité des bénéficiaires, quand d'autres n'en notifient que très rarement.

► **Ageing and Health : The Politics of Better Policies**

GREER S. L., LYNCH J., REEVES A., *et al.*
2021

Cambridge : Cambridge University Press

<https://www.cambridge.org/us/academic/subjects/economics/public-economics-and-public-policy/ageing-and-health-politics-better-policies?format=PB&isbn=9781108972871>

Must ageing populations create conflict between generations and crisis for health systems? Our answer is no. The problem is not so much demographic change as the political and policy challenge of creating fair, sus-

tainable and effective policies for people of all ages. This book, based on a large European Observatory study, uses new evidence to challenge some of the myths surrounding ageing and its effects on economies and health systems. Divisive and alarmist views of population ageing are often based on stereotypes and anecdotes unsupported by evidence. How we address ageing societies is a choice. Societies can choose policies that benefit people of all

► **Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé**

HEDON C.
2021

Paris Le Défenseur des Droits.

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2021/10/etudes-et-resultats-difficultes-dacces-aux-droits-et-discriminations>

Ce rapport présente un état des lieux actualisé des discriminations fondées sur le grand âge et des difficultés rencontrées par les personnes âgées dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Cette étude repose sur une enquête téléphonique conduite auprès de 2 506 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et une enquête par entretiens menée auprès de 15 aidants de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, entre septembre et fin novembre 2020.

► **Long-Term Care in France: The Loose Connection Between Pricing, Costs and Quality with Regional Inequalities**

OR Z. ET PENNEAU A.
2021

WKC Policy Series on Long-Term Care No. 2: France Kobe Who Center for Health Development. OMS.

https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/France_policy%20brief_5_0.pdf

Older people with long-term care (LTC) needs often require interventions of many actors in the medical and social care fields. In France, the increasing number of older people with LTC needs creates new challenges for the health system. High quality, accessible LTC services are essential for strengthening the quality and efficiency of the health system.

► **Femmes et hommes ont autant de chances d'être aidants de leur conjoint dépendant, mais la nature de leur aide diffère**

TOULEMON L.

2021

Notes De L'ipp(75)

<https://www.ipp.eu/publication/octobre-2021-femmes-hommes-autant-de-chances-etre-aidants-conjoint-dependant-mais-nature-aide-differe/>

En respectant la volonté des personnes âgées en perte d'autonomie quant à leur lieu de prise en charge, on

favorise leur maintien à domicile, mais on fait aussi implicitement reposer une part importante de la charge de l'aide sur leurs proches. Quand une personne âgée perd son autonomie, les personnes qui vivent avec elle, et notamment leur conjoint, sont les premières sollicitées pour leur procurer une aide au quotidien. Grâce à des données détaillées sur les difficultés que rencontrent les personnes âgées dans leur vie quotidienne et les tâches effectuées par leurs aidants à leur domicile, nous nous intéressons à l'influence du genre sur la probabilité d'aider un conjoint dépendant, ainsi qu'au type de tâches effectuées

Covid

► **COVID-19 in Long-Term Care: Impact, Policy Responses and Challenges**

ROCARDI E., SILLITTI P. ET LLENA-NOZALI A.

2021

OECD Health Working Papers ; 131. Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-in-long-term-care_b966f837-en

The COVID-19 crisis has hit the long-term care (LTC) sector particularly hard, with large numbers of people dependent on care and particularly vulnerable to COVID-19 have fallen ill, and a disproportionate rate of LTC workers both exposed to, and infected by, COVID-19. The analysis presented in this report describes the effects of COVID-19 on LTC in OECD countries, mainly showing infection rates and mortality of LTC recipients. It takes stock of the wide range of policy responses that countries have implemented, detailing the changes over time on testing strategies, reduction of interactions and isolation measures, digitalisation of services, and workforce. The report also assesses emergency preparedness in the sector, as well as workforce, organisational and coordination challenges. Finally, the report analyses how policy responses affected care continuity and the well-being of residents while also outlining the effectiveness of vaccination.

La crise du COVID-19 a eu un impact important sur le secteur des soins de longue durée (SLD), en raison du grand nombre de personnes âgées et vulnérables qui ont été infectées ainsi que des travailleurs du secteur. L'analyse présentée dans ce rapport décrit en premier lieu cet impact du COVID-19 dans le secteur, en termes du nombre d'infections et de la mortalité. Le rapport

décrit l'étendue des politiques mises en place suite à la pandémie, en particulier l'évolution dans le temps des mesures pour réduire les infections, notamment l'isolation et la restriction des visites, les tests, la digitalisation et les mesures concernant les travailleurs. Le rapport évalue également la préparation aux situations d'urgence dans le secteur, ainsi que les défis liés à la main-d'œuvre, à l'organisation et à la coordination. L'impact des politiques sur la continuité des soins et le bien-être des résidents ainsi que l'efficacité de la vaccination sont aussi présentés.

Index des auteurs Author index

A

About R.....	26
Adams A. S.....	18
Adelaide L.....	28
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.....	33 , 36
Albreht T.....	58
Algan Y.....	45
Allen H.....	13 , 27
ANAP.....	50
Asaria M.....	25
Attanasio O.....	37
Aubert P.....	63
Auge E.....	18
Avery C.....	48

B

Baicker K.....	13 , 27
Bai G.....	36
Baptista I.....	25
Barber S. L.....	63
Barbier J. C.....	18
Baricault B.....	50
Barker N.....	50
Bar M.....	38
Barnay T.....	21
Basu A.....	15
Batifoulier P.....	22
Bazin A.....	31
Bellidenty J.....	63
Beltzer N.....	29
Ben Halima M. A.....	59
Benoit C.....	13 , 14
Bergeat M.....	57
Blampain L.....	51
Blanchflower D. G.....	27
Bocquet E.....	31
Bohic N.....	32
Boisguerin B.....	33
Bonfanti-Dossat C.....	43
Bonnet C.....	64
Bonsang E.....	13
Boone J.....	19

Botton J.....	50
Bourgeois I.....	43 , 44
Bour R.....	34
Bouzou N.....	19
Bozio A.....	64
Bronsoler A.....	15
Brosig-Koch J.....	54
Bryan G. T.....	50
Bryson A.....	27

C

Cabannes P. Y.....	46
Calvo M.....	42
Cambois E.....	64
Carrere A.....	31
Case A.....	37 , 39
Castanares-Zapatero D.....	29
Cattan S.....	37
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale.....	19
Chan-Chee C.....	61
Chang T.....	49
Chatignoux E.....	29
Chevillard G.....	54
Cohen D.....	45
Comité d'Alerte de l'Ondam.....	19
Commission Européenne.....	20 , 59
Conseil d'orientation des retraites.....	62
Costa-Font J.....	13 , 14 , 25 , 37
Council E.....	42
Cour des Comptes.....	15 , 16 , 20 , 25 , 34 , 60 , 62
Courtemanche C. J.....	26
Coutrot T.....	61
Cowell F.....	25 , 37
Cressard P.....	32
Crouzet M.....	31
Currie J.....	38 , 40

D

Dahan M.....	27
Dauvrin M.....	29
Dave D. M.....	26

Davet J. L.....	20
Deaton A.....	37 , 39
Delaporte A.....	33
Délégation Interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté.....	46
Del Sol M.....	13
De New S. C.	13
Deryugina T.....	31
Dickstein M. J.....	14
Dillender M.....	61
Direction de la Sécurité Sociale.....	24
Direction Interministériel du Numérique.....	16
Dixte C.....	34
Donnder P.....	64
Douchet M. A.	28
Doyle J. J.....	15
Duch R.....	49
Durand-Zaleski I.	51
Duvoux N.....	38

E

Elana E.....	32
Espinay A.....	65
Eurostat.....	62

F

Fahy N.....	16
Fassin D.....	53
Faure E.....	65
Fédération française de l'Assurance	14
Ferras B.....	21 , 27
Finkelstein A.	40
Fletcher J.....	38
Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap	32
Fontaine R.	64
Fosse J.....	43
Fournier C.....	43 , 44 , 53
Franc C.....	21
Friedson A. I.....	28 , 61
Frouard H.....	53
Fukai T.....	22
Furic P.....	43

G

Galan P.....	48
Garrouste C.....	64
Gay R.....	22
Gian C. T.....	61
Gigonzac V.....	61
Girard G.....	53
Gomel C.....	43
Gonzalez L.....	22
Goron G.....	14
Greer S. L.....	65
Grimaldi A.	34
Gross M.....	54
Gueniau J.....	20
Guterres A.....	49

H

Halpern C.....	53
Hammarlund N.	15
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge	47 , 63
Haut Conseil de la Santé Publique	39
Haut Conseil des Finances Publiques	23
Haut Conseil en Santé Publique	52
Haute Autorité de Santé.....	28 , 35 , 41 , 51
Heard M.....	23
Hedon C.....	65
Heffetz O.....	30
Henning-Schmidt H.	54
Henry E.....	42
Ho K.....	14
Horn D.....	16
Houssoy T.....	14

I

Ichimura H.....	22
Imbert C.....	43
Insee	38
Institut National du Cancer	49
Ishai G.....	30

J

Jacobson M.....	49
Jaoagi M. J.....	50
Jimenez D.	36
Juanico R.....	44
Julia C.....	48
Justeau S.....	52

K

Karlan D.....	50
Kervasdoue J.....	34
Khirredine I.....	61
Khor S.	15
Kitao S.....	22
Kluender R.	18
Kluge H.....	59
Kohn J. L.	29
Koubi M.....	59

L

Laborde C.	31
Lamarre C.....	48
Lardeux R.	54
Leem.....	41
Lefebvre G.	22
Legendre B.....	55
Lelievre M.....	38
Le Morvan F.	32
Lepine C.....	21
Leroche C.....	35
Leroux M. L.....	64
Leroy C.....	42
Li M.	28
Lionello L.....	42
Llena-Nozali A.....	66
Lynch J.....	65

M

Maciejowski J.	26
Mahoney N.....	18
Manski C. F.....	43
Marcotte D.....	48
Mark N. D.....	14

Marlier E.....	25
Marques N.....	45
Martin P.	13
Meckel K.	28
Meckley K.....	51
Medina S.	28
Meghir C.....	37
Meunier C.....	43
Michel L.....	55 , 56
Mikou M.....	22
Ministère chargé de la Santé.....	17 , 23 , 44
Molitor D.	31
Morize N.....	43 , 44
Mouiller P.	56
Moukala Same G.....	19
Mousques J.	54
Musson A.....	52

N

Naouri D.	35
Neumark D.....	41
Nikou L.	17
Noghanibehambari H.....	38

O

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.....	56
Organisation Internationale du Travail.....	23
Organisation Mondiale de la Santé.....	30 , 52
Ors Pays de Loire.....	57 , 58
Or Z.....	35 , 55 , 56 , 65

P

Pare M.	48
Penneau A.	65
Perdrix E.	64
Perez C.	61
Persson P.....	40
Petits Frères des Pauvres.....	40
Phan P.....	36
Philippe C.....	45
Piquemal A.....	57
Pirus C.	54
Polin K.	58
Polyakova M.....	40

Public Health England.....	29
Puissat F.	47

R

Rade E.	63
Raut N.	14
Raynaud D.	21
Reeves A.	65
Reingewirtz S.	57
Remmerswaal M.	19
Renaloo	30
Richet-Mastain L.	42, 46
Rocardi E.	66
Rococo E.	35
Roope L.	49
Rothwell J. T.	25
Rousseliere D.	52
Rowthorn R.	26

S

Sacarny A.	16
Saie M.	27
Sauvat C.	22
Savych B.	41
Schillinger D.	56
Schmidt L.	23
Schwandt H.	38
Schweitzer L. P.	47
Shah M.	49
Shapiro B.	51
Shore-Sheppard L. D.	23
Sillitti P.	66
Siret C.	32
Sirven N.	18
Spasova S.	25
Srinivasan R.	25
Suhard V.	17

T

Tamarelle-Verhaeghe M.	44
Thebaud A.	24
Theret B.	18
Think Tank Numérique DM et Santé	17
Tison E.	20
Toulemon L.	66

Toure M.	35
Touvier M.	48

U

Ung A.	29
UNICEF.	52

V

Vacher T.	33
Vangool K.	63
Van Reenen J.	15
Verger P.	57
Vergier N.	57
Vernant J. P.	34
Vines D.	26
Violato M.	49

W

Wagner V.	28
Watson S.	23
Williams G. A.	16
Wise S.	63

Z

Zantman F.	57
Zemmour M.	18
Zhou A.	16
Zolbin M. G.	17
Zwiers E.	40