

# **Veille scientifique en économie de la santé**

## ***Watch on Health Economics Literature***

***Mars 2021 / March 2021***

Assurance Maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé - Technologies médicales	<i>E-Health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie -Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Évaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health care systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Aging</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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.irdes.fr)

# Sommaire

## Contents

### Assurance Maladie

#### Health Insurance

- 9 **La réforme de la Complémentaire Santé Solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?**  
Belabbas A., Despierres B., Diop V., et al.
- 9 **Performance Pay In Insurance Markets: Evidence From Medicare**  
Fioretti M. et Wang H.
- 9 **Time Aggregation In Health Insurance Deductibles**  
Hong L. et Mommaerts C.
- 10 **Does Obamacare Care? A Fuzzy Difference-In-Discontinuities Approach**  
Tchuente G., Galindo-Silva H. et Habib Some N.

### Démographie

#### Demography

- 10 **France, portrait social**  
Demaison C., Grivet L., Lesdos C., et al.
- 10 **Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances**  
Pison G. et Dauphin S.
- 11 **Projections de population : dossier thématique**  
Toulemon L., Pison G., Robert- Bobée I., et al.
- 11 **Le dynamisme démographique faiblit entre 2013 et 2018, avec la dégradation du solde naturel**  
Valles V.

### E-santé - Technologies médicales

#### E-Health – Medical Technologies

- 11 **Qu'est-ce que le travail scientifique des données ?**  
Borgman C. L. et Matoussowsky C.
- 11 **Pour une politique publique de la donnée**  
Bothorel E.
- 12 **Structuration de la filière Santé numérique : Rapport d'étape du 4 décembre 2020**  
CNnum
- 12 **Commission nationale de l'informatique et des libertés. Rapport d'activité 2019**  
Commission Nationale Informatique et Libertés
- 12 **Guide pratique sur les modalités de circulation du NIR pour la recherche en santé aux fins d'appariement de données avec le SNDS**  
Commission Nationale Informatique et Libertés
- 13 **Pour un patient maître de ses données de santé**  
Com' Publics
- 13 **Robots And Labor In The Service Sector: Evidence From Nursing Homes**  
Eggleston K., Lee Y. S. et Iizuka T.
- 13 **Cartographie des impacts organisationnels pour l'évaluation des technologies de santé : guide méthodologique**  
Haute Autorité de Santé
- 13 **Artificial Intelligence In Health Care: Benefits And Challenges Of Technologies To Augment Patient Care**  
Howard K. L. et McGinnis J. M.
- 13 **2021 : l'année du virage de la télémédecine en EHPAD ?**  
Khun Lafont A. et Larfa N.
- 14 **Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018)**  
Ministère chargé de la santé

## Économie de la santé Health Economics

---

- 14 **Rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**  
Adjerad R.
- 14 **Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures**  
Adjerad R. et Courtejoie N.
- 15 **Hospital Inpatients Costs Dynamics At Older Ages: A Frequency-Severity Approach**  
Avalosse H., Denuit M. et Lucas N.
- 15 **Data-Driven Incentive Alignment in Capitation Schemes**  
Braverman M. et Chassang S.
- 15 **The Health Costs Of Cost-Sharing**  
Chandra A., Flack E. et Obermeyer Z.
- 16 **Rapport statistique du CLEISS. Exercice 2019**  
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
- 16 **Compte provisoire de la protection sociale 2019 : un solde excédentaire pour la troisième année consécutive**  
Drees
- 16 **Complémentaire santé et prévoyance**  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
- 16 **Financement : les cotisations sociales ne sont plus ce qu'elles étaient**  
Institut de la Protection sociale
- 17 **Progressivity Of Out-Of-Pocket Payments And Its Determinants Decomposed Over Time**  
Koch S. F. et Setshegesto N.
- 17 **Age, Morbidity, Or Something Else? A Residual Approach Using Microdata To Measure The Impact Of Technological Progress On Health Care Expenditure**  
Laudicella M., Li Donni P., et al.
- 17 **Price Indices And The Value Of Innovation With Heterogenous Patients**  
Lucarelli C., Nicholson S. et Tilipman N.

- 17 **A Comparison Of Health Care Spending By Age In Eight High-Income Countries**  
Papanicolas I., Marino A., Lorenzoni L., et al.
- 18 **Why Is End-Of-Life Spending So High? Evidence From Cancer Patients**  
Zeltzer D., Einav L., Finkelstein A., et al.

## État de santé Health status

---

- 18 **Do State Tobacco 21 Laws Work?**  
Bryan C., Hansen B., McNicols D., et al.
- 19 **Avis relatif au contenu du questionnaire d'autoévaluation de l'état de santé de l'enfant âgé de 6 ans à 18 ans dans le cadre de la pratique sportive**  
Com-Ruelle L., Duche P., Dufour V., et al.
- 19 **Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015**  
Deneux Tharoux C. et Saucedo M.
- 19 **Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé**  
Desprat D.
- 20 **Sexe, genre et santé : Rapport d'analyse prospective 2020**  
Haute Autorité de Santé
- 20 **Panorama des cancers. Edition 2021**  
Institut National du cancer
- 20 **A Unified Model Of Cohort Mortality For Economic Analysis**  
Lleras-Muney A. et Moreau F. E.
- 20 **Deaths Of Despair And The Incidence Of Excess Mortality In 2020**  
Mulligan C. B.
- 20 **Enquête Agrican : agriculture et cancer (2020)**  
Mutualité sociale agricole
- 21 **Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences**  
Palle C.

- 21 **Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent. Nouvel état des lieux en France**

Thivel D.

- 21 **Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Matériel et méthodes**

Uhry Z., Dantony E., Roche L., et al.

## Géographie de la santé Geography of Health

---

- 22 **Étude sur l'accès aux soins en milieu rural**

Association des Maires Ruraux de France

- 22 **Les inégalités d'espérance de vie : le fossé se creuse entre campagnes et villes**

Association des Maires Ruraux de France

- 22 **Manuel de sociologie des mobilités géographiques**

Belton-Chevallier L., Oppenchain N. et Vincent-Geslin S.

## Handicap Disability

---

- 22 **Handicap et maladie chronique. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2018**

Bouniols N., Pacoricona Affarod L., Ehlinger V., et al.

- 23 **Les privations de liberté en raison d'un handicap : causes, freins et leviers**

Coldefy M., Podevin M. et Wooley S.

## Hôpital Hospital

---

- 23 **Urgent Care Centers, Hospital Performance And Population Health**

Bhalotra S. R., Nunes L. et Rocha R.

- 23 **Fréquence des décès et des hospitalisations chez les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soin longue durée (USLD) en France au cours des années 2018 et 2019**

Botton J., Drouin J., Bertrand M., et al.

- 24 **Evolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux**

Charnoz P., Delaporte A., Dennevault C., et al.

- 24 **Vertical Integration Of Healthcare Providers Increases Self-Referrals And Can Reduce Downstream Competition: The Case Of Hospital-Owned Skilled Nursing Facilities**

Cutler D., Dafny L., Grabowski D. C., et al.

- 24 **Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019**

Drees

- 24 **The Cost Of Task Switching: Evidence From The Emergency Department**

Duan Y., Jin Y., Ding Y., et al.

- 25 **Certification des établissements de santé pour la qualité des soins**

Haute Autorité de Santé

- 25 **Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**

Haute Autorité de Santé

- 25 **Impact Of Competition Versus Centralisation Of Hospital Care On Process Quality: A Multilevel Analysis Of Breast Cancer Surgery In France**

Or Z., Rococo E., Toure M., et al.

- 25 **Supply-Side Variation In The Use Of Emergency Departments**

Zeltzer D., Einav L., Chasid A., et al.

## Inégalités de santé Health inequalities

---

- 26 **Selection And Causation In The Parental Education Gradient In Health: Lessons From A Large Sample Of Adoptees**

Bjorkergren E., Lindahl M., Palme M., et al.

- 26 **Considering Health Inequality Impact In Decision Making: What Does It Mean For Policy Makers?**

Centre for Health Economics

- 26 **How Important Is Health Inequality For Lifetime Earnings Inequality?**

Hosseiniy R., Koprckyz K. et Zhaos K.

- 26 **Gender Patterns In Immigrants' Health Profiles In France: Tobacco, Alcohol, Obesity And Self-Reported Health**  
Klat M., Legleye S. et Bricard D.
- 27 **Education Gradients In Mortality Trends By Gender And Race**  
Leive A. A. et Ruhm C. J.
- 27 **Accès à la santé des immigrants : le rôle des centres de santé**  
May E.
- 27 **Perspectives des migrations internationales 2020**  
OCDE
- 27 **Whole Systems Approach To Obesity And Promoting A Healthy Weight : Opportunities To Strengthen Place-Based Systems Approaches To Consider And Address Associated Health Inequalities**  
Public Health England
- 28 **Inégalités primaires, redistribution : comment la France se situe en Europe ?**  
Rousselon J. et Viennot M.
- 28 **Living And Dying In America: An Essay On Deaths Of Despair And The Future Of Capitalism**  
Ruhm C. J.
- 28 **Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique**  
Vidal C.
- 30 **A Call For Structured Ethics Appendices In Social Science Papers**  
Asiedu E., Karlan D., Lambon-Quavefio M. P., et al.
- 30 **What Do Happiness Data Mean? Theory And Survey Evidence**  
Benjamin D. J., Debnam Guzman J., Heffetz O., et al.
- 30 **Qu'est-ce-qu'une donnée ? Impact des données externes sur la statistique publique**  
Riviere P.
- 30 **Quelles méthodes pour estimer la taille d'une population difficile à enquêter ?**  
Rolland-Guillard L., Charrance G. et Morand E.

## Politique de santé Health Policy

---

- 31 **What Is The Evidence On Policies, Interventions And Tools For Establishing And/Or Strengthening National Health Research Systems And Their Effectiveness?**  
Hanney S., Kanya L., Pokhrel S., et al.
- 31 **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2021-2025**  
Institut national du cancer
- 32 **La légalisation du cannabis aux Etats-Unis. Modèles de régulation et premier bilan**  
Obradovic I.

## Médicaments Pharmaceuticals

---

- 29 **The Behavioral Foundations Of Default Effects: Theory And Evidence From Medicare Part D**  
Brot-Goldberg Z.C., Layton T., Watson B.

## Méthodologie -Statistique Methodology-Statistics

---

- 29 **Double-Robust Identification For Causal Panel Data Models**  
Arkhangelsky D. et Imbens G. W.

## Politique sociale Social Policy

---

- 32 **Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité**  
Calvo M.
- 33 **L'isolement social des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité**  
Richet-Mastain L.
- 33 **Pauvreté : entendre les alarmes pour éviter la crise humanitaire**  
Vignau M.

## Prévention

### Prevention

---

- 33 **La vaccination en France : renouer avec la confiance**  
Bauquet N. et Millet L.
- 34 **La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) : historique, pratiques, analyse et propositions**  
Benech G.
- 34 **What Is The Effectiveness Of Systematic Population-Level Screening Programmes For Reducing The Burden Of Cardiovascular Diseases?**  
Ericksen C. U., Rotar O., Toft U., et al.
- 34 **Nutri-Score : Évolution de sa notoriété, sa perception et son impact sur les comportements d'achat déclarés entre 2018 et 2020**  
Sarda B., Ducrot P. et Serry A. J.

## Prévision – Évaluation

### Prevision-Evaluation

---

- 35 **What Is The Evidence On Policies, Interventions And Tools For Establishing And/Or Strengthening National Health Research Systems And Their Effectiveness?**  
Hanney S., Kanya L., Pokhrel S., et al.
- 35 **Evaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique : quels sont les choix efficients au regard de l'analyse de la littérature ?**  
Haute Autorité de Santé

## Psychiatrie

### Psychiatry

---

- 35 **Rapport santé mentale 2020**  
Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
- 36 **Gender Identity, Race, And Ethnicity Discrimination In Access To Mental Health Care: Preliminary Evidence From A Multi-Wave Audit Field Experiment**  
Button P., Dils E., Harrell B., et al.
- 36 **Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ?**  
Poitou M., Nau J., Chiroussel J., et al.

## Sociologie de la santé

### Sociology of Health

---

- 36 **Introduction au débat « Les économies numériques de la sexualité »**  
Brasseur P. et Finez J.
- 37 **Regards sur l'institutionnalisation des sciences sociales de la santé Entretiens croisés avec Bloy G., Déchamp-Le Roux C., Fainzang S., Sarradon-Eck A**  
Le Clainche-Piel M., et Fournier C.
- 37 **Being A Patient. First Report Of The Patients Association's Patient Experience Programme**  
The Patients association

## Soins de santé primaires

### Primary health care

---

- 37 **The Impact Of Organizational Boundaries On Healthcare Coordination And Utilization**  
Agha L., Marzilli Erikson K. et Zhao X.
- 38 **Article 51 EDS, IPEP et PEPS : premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations**  
Anap
- 38 **Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur cabinet**  
Bec J. et Lajzerowicz C.
- 38 **Mieux accompagner les professionnels de santé : Quelle coordination territoriale et quels outils pour une structuration efficace des soins de ville ?**  
Bonzom F., Chabotier C., Gasser-Metz C., et al.
- 38 **How Spillovers From Appointment Reminders Improve Health Clinic Efficiency**  
Boone C. E., Celhay P. A. et Gertler P.
- 39 **L'atlas de la démographie médicale 2020. Situation au 1er janvier 2020**  
Bouet P.
- 39 **Collaboration Of Primary Care And Public Health At The Local Level: Observational Descriptive Study Of French Local Health Contracts**  
Kendir C., Breton E., Le Lobo Y., et al.

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

Loussouarn C., Franc C., Videau Y., et al.

- 39 **Infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire. Enquête 2019**

ORS Pays de Loire

## Systemes de santé

### Health care systems

---

- 40 **Health System Performance Assessment: How Equitable Is The Belgian Health System?**

Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C, et al.

- 40 **Score For Health Data Technical Package: Global Report On Health Data Systems And Capacity**

Organisation Mondiale de la Santé

## Travail et santé

### Occupational Health

---

- 40 **The Health Externalities Of Downsizing**

Ahammer A., GruBl D. et Winter-Ebmer R.

- 41 **Long-Term Unemployment Subsidies And Middle-Age Disadvantaged Workers' Health**

Garcia-Perez J. I., Serrano-Alarcon R. et Vall Castello J.

- 41 **Family Support In Hard Times: Dynamics Of Intergenerational Exchange After Adverse Events**

Schaller J. et Eck C. S.

## Vieillesse

### Aging

---

- 41 **L'action des MAIA au service des territoires et de l'évolution et de l'évolution du système de santé du système de santé - Retours d'expériences en Occitanie**

Agence régionale de santé

- 42 **Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des troubles cognitifs**

Aquino J. P. et Berard A.

- 42 **L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues - Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » (2016)**

Besnard X. et Abdoul-Carime S.

- 42 **Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français**

Brechat P. H. et Castiel D.

- 42 **Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : les métiers du lien**

Canieux N.

- 43 **Evolutions et perspectives des retraites en France Rapport annuel du Cor**

Conseil d'Orientation des Retraites

- 43 **Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger. Quinzième rapport du COR**

Conseil d'orientation des Retraites

- 43 **Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations**

Commission Européenne

- 44 **The Effect Of Increasing Retirement Age On Households' Savings And Consumption Expenditures**

Etgeton S., Fischer B. et Ye H.

- 44 **Perte d'autonomie : comment mieux accompagner les aidant.e.s familiaux**

Giraud O., Petiau A. et Rist B.

- 44 **Does The Formal Home Care Provided To Old-Adults Persons Affect Utilisation Of Sup-Port Services By Informal Carers? An Analysis Of The French CARE And The U.S. NHATS/NSOC Surveys**

Guets W.

- 45 **La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie**

Morlet-Haïdara L.

- 45 **Le taux d'encadrement dans les Ehpad - Ses déterminants et ses alternatives**

Reynaud F.



**Health Insurance****► La réforme de la Complémentaire Santé Solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?**

BELABBAS A., DESPIERRES B., DIOP V., *et al.*  
2020

**Saint-Etienne EN3**

<https://en3s.fr/secudoc/produits-documentaires/publications-en3s/4099-2/>

La réforme de la Complémentaire santé solidaire s'inscrit dans une volonté clairement affichée de lever les freins d'accès à une complémentaire santé pour les publics les plus modestes. Elle a ainsi pour objectif d'améliorer le taux de recours à l'ACS, alors évalué à moins de 50 %, en levant les barrières financières d'accès aux soins et en simplifiant les démarches des assurés (disparition de la phase de choix entre trois niveaux de contrats ACS et suppression de la phase de transmission du « chèque ACS »). Dans ce contexte, cette Recherche-Action s'intéresse aux incidences organisationnelles de la mise en place de cette réforme au sein du régime général (principalement les CPAM et les CGSS) et du régime agricole. Le choix de ces deux régimes s'explique par la proportion importante de la population concernée. Plus précisément, l'étude porte sur les modes d'organisation mis en place dans les différentes caisses pour faire face à l'arrivée de la réforme, notamment dans l'optique d'atteindre l'objectif premier d'une hausse du taux de recours à cette prestation et in fine d'améliorer l'accès aux soins. Il s'agit d'examiner comment les différentes caisses se sont adaptées et quelles sont les éventuelles actions et organisations qui ont été mises en place avec des effets positifs. L'un des impacts majeurs de cette réforme concerne la mise en place, pour la perception de la participation financière de la CSSP, d'une fonction de recouvrement, métier inhabituel.

**► Performance Pay In Insurance Markets: Evidence From Medicare**

FIORETTI M. ET WANG H.  
2020

**Working Paper 2020.03. Cologne INFER.**

<https://ideas.repec.org/p/inf/wpaper/2020.03.html>

Public procurement bodies increasingly resort to pay-for-performance contracts to promote efficient spending. We show that firm responses to pay-for-performance can widen the inequality in accessing social services. Focusing on the U.S. Medicare Advantage market, we find that insurers with higher quality ratings responded to bonus payments by selecting healthier enrollees with premium differences across counties. Selection is profitable because the quality rating fails to adjust for differences in the health of enrollees. Selection inflated the bonus payments and shifted the supply of high-rated insurance to the healthiest counties, hurting the healthcare access of sicker patients in the riskiest counties.

**► Time Aggregation In Health Insurance Deductibles**

HONG L. ET MOMMAERTS C.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28430. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28430>

Health insurance plans increasingly pay for expenses only beyond a large annual deductible. This paper explores the implications of deductibles that reset over shorter timespans. We develop a model of insurance demand between two actuarially equivalent deductible policies, in which one deductible is larger and resets annually and the other deductible is smaller and resets biannually. Our model incorporates borrowing constraints, moral hazard, mid-year contract switching, and delayable care. Calibrations using claims data show that the liquidity benefits of resetting deductibles can generate welfare gains of 6-10% of premium costs, particularly for individuals with borrowing constraints.

► **Does Obamacare Care? A Fuzzy Difference-In-Discontinuities Approach**

TCHUENTE G., GALINDO-SILVA H. ET HABIB SOME N.  
2020

**NIESR Discussion Paper; 522. Londres National Institute of Economic and Social research.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:nsr:niesrd:522&r=age>

This paper explores the use of a fuzzy regression discontinuity design where multiple treatments are applied at the threshold. The identification results show that, under the very strong assumption that the change in the probability of treatment at the cutoff is equal across treatments, a difference-in-discontinuities estimator identifies the treatment effect of interest. The point estimates of the treatment effect using a simple fuzzy difference-in-discontinuities design are biased if the change in the probability of a treatment applying at the cutoff differs across treatments. Modifications

of the fuzzy difference-in-discontinuities approach that rely on milder assumptions are also proposed. Our results suggest caution is needed when applying before-and-after methods in the presence of fuzzy discontinuities. Using data from the National Health Interview Survey, we apply this new identification strategy to evaluate the causal effect of the Affordable Care Act (ACA) on older Americans' health care access and utilization. Our results suggest that the ACA has (1) led to a 5% increase in the hospitalization rate of elderly Americans, (2) increased the probability of delaying care for cost reasons by 3.6%, and (3) exacerbated cost-related barriers to follow-up care and continuity of care: 7.0% more elderly individuals could not afford prescriptions, 7.2% more could not see a specialist, and 5.5% more could not afford a follow-up visit. Our results can be explained by an increase in the demand for health services without a corresponding adjustment in supply following the implementation of the ACA.

## Démographie

### Demography

► **France, portrait social**

DEMAISON C., GRIVET L., LESDOS C., *et al.*  
2020

**Paris : Insee**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4928952>

Dans cette édition 2020 du portrait social, la vue d'ensemble porte sur l'impact social de la crise sanitaire de la Covid-19 et du confinement, dans des domaines tels que la santé, l'emploi, les inégalités femmes-hommes, la scolarité des enfants, les pratiques culturelles, etc. Un éclairage est ensuite apporté sur les enfants, sous l'angle des inégalités sociales.

► **Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances**

PISON G. ET DAUPHIN S.

2020

**Document de travail; 259. Aubervilliers : Ined**

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enjeux-et-perspectives-demographiques-en-france-2020-2050/>

Ce document présente une synthèse sur les perspectives démographiques en France d'ici 2050. La situation et les évolutions françaises sont replacées dans un cadre plus général au moyen de comparaisons internationales et européennes. Le document se compose de cinq parties abordant chacune un thème de la démographie. La première porte sur la croissance de la population mondiale, européenne et française. La deuxième traite des spécificités de la démographie française au sein de l'Union européenne. La troisième examine l'évolution des naissances et de la fécondité en France. La quatrième s'interroge sur les perspectives d'allongement de la vie et le vieillissement démographique. Enfin, la cinquième porte sur les migrations et étudie leur contribution à la population française hier, aujourd'hui et demain.

► **Projections de population : dossier thématique**

TOULEMON L., PISON G., ROBERT- BOBÉE I., *et al.*  
2020

**Economie Et Statistique(520-521): 5-106.**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4999714>

Alors que l'Insee va lancer la préparation de nouvelles projections de population pour la France, ce dossier thématique est l'occasion de faire le point tant sur les résultats des projections précédentes que sur les méthodes utilisées en France et ailleurs.

► **Le dynamisme démographique faiblit entre 2013 et 2018, avec la dégradation du solde naturel**

VALLES V.

2020

**Insee Focus(221): html.**

[www.insee.fr/fr/statistiques/4999744](http://www.insee.fr/fr/statistiques/4999744)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 66 733 000 personnes vivent en France hors Mayotte, soit une croissance moyenne de 0,4 % par an depuis 2013. Le dynamisme démographique faiblit, car le solde naturel se dégrade dans presque toutes les régions. Entre 2013 et 2018, la population baisse en Martinique et Guadeloupe; elle est relativement stable dans cinq autres régions et s'accroît ailleurs. De plus en plus de départements ont une population en baisse. En particulier, à Paris, en Dordogne et dans le Territoire de Belfort, la population diminue désormais. Les aires d'attraction des villes de 700 000 habitants ou plus sont les plus dynamiques, en particulier celles de Bordeaux, Nantes, Montpellier, Toulouse et Rennes. Elles cumulent le plus souvent excédent naturel et migratoire. À l'opposé, les baisses se concentrent dans les aires de moins de 50 000 habitants. Au sein des aires, la population des couronnes croît souvent plus rapidement que celle des pôles grâce à l'installation de nouveaux habitants.

## E-santé - Technologies médicales

### E-Health – Medical Technologies

► **Qu'est-ce que le travail scientifique des données ?**

BORGMAN C. L. ET MATOUSSOWSKY C.

2020

**Marseille : OpenEdition Press**

<https://books.openedition.org/oep/14692>

Puisant ses analyses et ses exemples dans des champs scientifiques variés, cet ouvrage (dont l'original est paru en 2015 chez MIT Press) offre une étude inédite des utilisations des données au sein des infrastructures de la connaissance – utilisations qui varient largement d'une discipline à l'autre. Bien que le big data ait régulièrement les honneurs de la presse des deux côtés de l'Atlantique, Christine L. Borgman met en évidence qu'il vaut mieux disposer des bonnes données qu'en avoir beaucoup. Elle montre également que les little data peuvent s'avérer aussi précieuses que les big data, et, que, dans bien des cas, il n'y a aucune donnée, parce que les informations pertinentes n'existent pas, sont introuvables ou sont indisponibles... Au travers d'études de cas pratiques issus d'horizons divers,

Christine L. Borgman met aussi en lumière que les données n'ont ni valeur ni signification isolément : elles s'inscrivent au sein d'une infrastructure de la connaissance, c'est-à-dire d'un écosystème de personnes, de pratiques, de technologies, d'institutions, d'objets matériels et de relations. Pour l'autrice, gérer les données et les exploiter sur le long terme requiert ainsi des investissements massifs dans ces infrastructures de la connaissance. L'avenir de la recherche, dans un monde en réseau, en dépend.

► **Pour une politique publique de la donnée**

BOTHOREL E.

2020

**Paris Premier ministre**

<https://www.vie-publique.fr/rapport/277879-pour-une-politique-publique-de-la-donnee>

La France a besoin de plus d'ouverture, sous toutes ses formes, ouverture des données publiques (open data), mais aussi partage et accès sécurisé aux don-

nées sensibles. La France s'est placée à l'avant-garde européenne de la politique de la donnée et des codes sources depuis 2013, mais l'avance acquise est fragile, alors que le potentiel de connaissance et d'innovation dans ce domaine est immense. Ce rapport propose des réformes ambitieuses pour participer aux transformations en cours au niveau européen, et aussi un grand nombre de mesures qui sont des actions réalisables sous un an, pouvant avoir des effets importants pour l'avenir.

► **Structuration de la filière Santé numérique : Rapport d'étape du 4 décembre 2020**

CNNUM  
2020

Paris CNum

<https://esante.gouv.fr/actualites/rapport-du-groupe-de-travail-du-conseil-du-numerique-en-sante-structuration-de-la-filiere-sante-numerique>

Dans le cadre de la feuille de route du numérique en santé, plusieurs groupes travail au sein du Conseil du Numérique en Santé ont été formés autour de diverses thématiques. Parmi eux, le groupe de travail « développement économique de la santé numérique » a divisé ses travaux et réflexions en plusieurs catégories à travers notamment un sous-groupe nommé « Structuration de la filière santé numérique ». Le sous-groupe de travail « a mené une enquête qualitative auprès d'une centaine d'acteurs de terrain (syndicats professionnels, associations, fédérations, lobbies, laboratoires...). L'objectif est ainsi de fournir des éléments de connaissance concernant l'existence d'une vision suffisamment partagée à partir desquelles pourrait s'enclencher une dynamique collective qui incitent les acteurs à travailler ensemble. Au sein de cette étude, 3 axes majeurs ont émergé : une circulation maîtrisée de données au service de l'intelligence artificielle et de la recherche ; une participation proactive de tous les acteurs sur le territoire national ; des modèles économiques inclusifs soutenus par des financements à la hauteur des enjeux.

► **Commission nationale de l'informatique et des libertés. Rapport d'activité 2019**

COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

2020

Paris CNIL

[https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil-40e\\_rapport\\_annuel\\_2019.pdf](https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil-40e_rapport_annuel_2019.pdf)

Le constat est indéniable : un an après l'entrée en application du RGPD, l'année 2019 démontre que le RGPD est au cœur des préoccupations des Français et des Européens. Cette année a été marquée par un nombre toujours plus élevé de plaintes adressées à la CNIL et par la coopération avec ses homologues européens devenue une réalité quotidienne. L'année 2019 en chiffres, c'est notamment plus de 14 000 plaintes, soit plus de 27 % d'augmentation par rapport à l'année précédente, dont 20 % de plaintes transfrontalières, 145 000 appels, 8 millions de visites sur notre site web et 17 300 requêtes électroniques sur Besoin d'aide, soit 12 % d'augmentation sur la même période. En parallèle, près de 65 000 organismes ont désormais déclaré un délégué à la protection des données (DPO) (tiré du texte).

► **Guide pratique sur les modalités de circulation du NIR pour la recherche en santé aux fins d'appariement de données avec le SNDS**

COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

2020

Paris CNIL

<https://www.cnil.fr/fr/appariement-de-donnees-snds-numero-de-securite-sociale-nir-guide-pratique>

Ce guide pratique de la CNIL a pour objectif d'aider les chercheurs désirant travailler avec les données du Système national des données de santé (SNDS) à mettre en œuvre un circuit d'appariement conforme aux exigences de sécurité.

► **Pour un patient maître de ses données de santé**

COM' PUBLICS  
2020

Paris Com' Publics

[http://www.compublics.com/sites/default/files/u3/livre\\_blanc\\_sante\\_2.pdf](http://www.compublics.com/sites/default/files/u3/livre_blanc_sante_2.pdf)

Ce livre blanc livre un état des lieux du partage de données de santé et des freins à son déploiement et décline des recommandations pour accélérer la transition numérique en santé au bénéfice du patient.

► **Robots And Labor In The Service Sector: Evidence From Nursing Homes**

EGGLESTON K., LEE Y. S. ET IIZUKA T.  
2021

NBER Working Paper Series ;28322. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28322>

In one of the first studies of service sector robotics using establishment-level data, we study the impact of robots on staffing in Japanese nursing homes, using geographic variation in robot subsidies as an instrumental variable. We find that robot adoption increases employment by augmenting the number of care workers and nurses on flexible employment contracts, and

► **Cartographie des impacts organisationnels pour l'évaluation des technologies de santé : guide méthodologique**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
2020

Saint-Denis HAS

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3227674/fr/mieux-evaluer-les-impacts-organisationnels-des-technologies-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3227674/fr/mieux-evaluer-les-impacts-organisationnels-des-technologies-de-sante)

Outre leur impact direct sur le bénéfice thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap évalué pour le patient, les technologies de santé peuvent avoir un impact sur l'organisation des soins et les acteurs impliqués. Afin que l'impact organisationnel puisse être documenté lors d'un dépôt de dossier d'évaluation d'un produit de santé et dans le cadre de l'évaluation d'un acte professionnel, la HAS publie aujourd'hui une cartographie qui vise à la fois à définir ces impacts organisationnels et à proposer des critères permettant d'en mesurer les effets ou de les argumenter, au travers d'un guide méthodologique. Ce premier travail sera

poursuivi par l'intégration de ces éléments dans es évaluations des commissions et du collège de la HAS.

► **Artificial Intelligence In Health Care: Benefits And Challenges Of Technologies To Augment Patient Care**

HOWARD K. L. ET MCGINNIS J. M.  
2020

Washington GAO

<https://www.gao.gov/products/GAO-21-7SP>

Artificial Intelligence tools show promise for improving health care. They can help predict health trajectories, recommend treatments, and automate administrative tasks. Challenges associated with these tools include: Transparency: If a medical provider doesn't know how a tool works, it could reduce trust in the tool. Bias: Limitations and bias in data can reduce the safety and effectiveness of AI tools. Data: Obtaining the high-quality data needed to create effective AI tools can be difficult. We offer policy options—such as improving data access, establishing best practices, and more—to address these and other challenges we found. AI generates information for health care providers to help them better care for patients and be more efficient.

► **2021 : l'année du virage de la télémédecine en EHPAD ?**

KHUN LAFONT A. ET LARFA N.  
2021

Paris : Matières Grises

<https://matieres-grises.fr/wp-content/uploads/2021/01/Note-telemedecine-janv-2021.pdf>

Alors que la télémédecine s'impose peu à peu en France, et tout particulièrement depuis le début de l'épidémie de la Covid-19, comme une alternative aux pratiques « traditionnelles » de la médecine, le constat est plus nuancé au sein des Ehpads, où elle n'a su apporter qu'une réponse très partielle aux problématiques engendrées par le confinement du printemps 2020. A la lumière de cette crise sanitaire, le Think Tank Matières Grises a souhaité interroger l'opportunité de la télémédecine dans les Ehpads et identifier les freins à lever pour permettre à ces derniers de s'en saisir pleinement.

► **Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018)**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2020

Paris ministère chargé de la santé

L'innovation organisationnelle en santé a pris corps en 2020 avec le démarrage effectif de 25 expérimentations article 51. Porteurs de projet, orientations, type de financement, territorialisation... les initiatives sont passées au crible dans ce rapport au Parlement. L'engouement reste entier pour le dispositif, qui sort même renforcé.

## Économie de la santé

### Health Economics

► **Rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**

ADJERAD R.

2020

Paris Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-reference/rapports/rapport-2020-la-situation-financiere-des-organismes>

Ce rapport, élaboré par la Drees, présente les résultats obtenus pour l'année 2019 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le Fonds CSS. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurances. Ce rapport comprend six chapitres. Le premier présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivants analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

► **Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures**

ADJERAD R. ET COURTEJOIE N.

2021

Études Et Résultats (Drees)(1180)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/des-restes-charge-apres-assurance-maladie-obligatoire-comparables>

En 2017, la dépense de santé des assurés bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) s'élève à 8 900 euros en moyenne, soit presque sept fois plus que pour le reste des patients. Ces assurés, qui représentent 18 % des patients, concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement. Le dispositif ALD permet une redistribution horizontale envers les plus malades : plus de 90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), contre 67 % pour le reste des assurés. Chez les patients âgés, le montant du reste à charge moyen après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des autres patients. Or, plus de la moitié des assurés en ALD ont plus de 65 ans et ont donc davantage de dépenses de santé, qu'elles soient relatives à leur(s) affection(s) ou non. De fait, les assurés en ALD ont aussi des prestations sans lien avec leur(s) affection(s). Ces dernières ne correspondent qu'à hauteur de 30 % à leurs dépenses de santé, mais elles représentent presque 80 % de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Elles se composent notamment de dépenses en soins dentaires, d'optique et d'aides auditives. Malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les RAC

AMO sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

► **Hospital Inpatients Costs Dynamics At Older Ages: A Frequency-Severity Approach**

AVALOSSE H., DENUIT M. ET LUCAS N.  
2020

**LIDAM Discussion Papers ISBA; 2020/027. Louvain-la-Neuve LIDAM.**

<https://ideas.repec.org/p/aiz/louvad/2020027.html>

This paper studies the dynamics in end-of-life inpatients hospital expenses. A new model is proposed for hospital care expenditures based on a frequency-severity decomposition including age, calendar time, longevity dynamics, and time-to-death. These features are treated as continuous explanatory variables in nonlinear regression models with Poisson, Gamma and Tweedie error structures. Proximity to death is controlled for, as well as longevity improvements by including projected life tables into the proposed model. This allows the analyst to isolate the different effects impacting late-life hospital costs. A detailed case study performed on Belgian data illustrates the modeling strategy proposed in this paper. A comparison with the alternative model targeting total costs, not distinguishing between frequency and severity components, demonstrates the superior explanatory power of the proposed approach, revealing that total costs are mainly driven by their frequency component for the data under consideration.

► **Data-Driven Incentive Alignment in Capitation Schemes**

BRAVERMAN M. ET CHASSANG S.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28429. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28429>

This paper explores whether Big Data, taking the form of extensive high dimensional records, can reduce the cost of adverse selection by private service providers in government-run capitation schemes, such as Medicare Advantage. We argue that using data to improve the ex ante precision of capitation regressions is unlikely to be helpful. Even if types become essentially observable, the high dimensionality of covariates makes it

infeasible to precisely estimate the cost of serving a given type: Big Data makes types observable, but not necessarily interpretable. This gives an informed private operator scope to select types that are relatively cheap to serve. Instead, we argue that data can be used to align incentives by forming unbiased and non-manipulable ex post estimates of a private operator's gains from selection.

► **The Health Costs Of Cost-Sharing**

CHANDRA A., FLACK E. ET OBERMEYER Z.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28439. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28439>

We use the design of Medicare's prescription drug benefit program to demonstrate three facts about the health consequences of cost-sharing. First, we show that an as-if-random increase of 33.6% in out-of-pocket price (11.0 percentage points (p.p.) change in coinsurance, or \$10.40 per drug) causes a 22.6% drop in total drug consumption (\$61.20), and a 32.7% increase in monthly mortality (0.048 p.p.). Second, we trace this mortality effect to cutbacks in life-saving medicines like statins and antihypertensives, for which clinical trials show large mortality benefits. We find no indication that these reductions in demand affect only 'low-value' drugs; on the contrary, those at the highest risk of heart attack and stroke, who would benefit the most from statins and antihypertensives, cut back more on these drugs than lower risk patients. Similar patterns exist for other drug-disease pairs, and irrespective of socioeconomic circumstance. Finally, we document that when faced with complex, high-dimensional choice problems, patients respond in simple, perverse ways. Specifically, price increases cause 18.0% more patients (2.8 p.p.) to fill no drugs, regardless of how many drugs they had been on previously, or their health risks. This decision mechanically results in larger absolute reductions in utilization for those on many drugs. We conclude that cost-sharing schemes should be evaluated based on their overall impact on welfare, which can be very different from the price elasticity of demand.

► **Rapport statistique du CLEISS. Exercice 2019**

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET  
INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

2020

Paris CLEISS

<https://www.cleiss.fr/docs/stats/rapportstat2019.html>

Le rapport statistique relatif à l'exercice 2019 se présente en sept parties : les soins de santé et contrôles médicaux : créances et dettes présentées en 2017 (informations uniquement disponibles dans la version interactive du rapport), créances et dettes remboursées en 2017; les prestations en espèces des assurances maladie- maternité et/ou paternité et AT- MP (Accidents du Travail- Maladies Professionnelles) servies par la France pour le compte d'un autre Etat; les prestations familiales; les rentes d'AT- MP, les pensions d'invalidité et de vieillesse, les allocations veuvage et le capital décès ainsi que les allocations de retraites complémentaires; l'assurance chômage; la législation applicable; les flux financiers étranger France (données statistiques en matière de pensions de vieillesse et d'invalidité en provenance de nos principaux partenaires européens); les mouvements migratoires.

► **Compte provisoire de la protection sociale 2019 : un solde excédentaire pour la troisième année consécutive**

DREES

2020

Etudes Et Résultats (Drees)(1174)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/compte-provisoire-de-la-protection-sociale-2019-un-solde>

En 2019, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer. Il est excédentaire pour la troisième année consécutive, à +10,7 milliards d'euros. Les ressources comme les dépenses progressent nettement en 2019, respectivement de 2,9 % et 2,7 %. Le montant des ressources s'établit à 823,2 milliards d'euros. Leur structure se modifie : la part des impôts et taxes affectés augmente de 24 % en 2017 à 30 % en 2019, tandis que celle des cotisations diminue de 61 % à 55 %. Cela résulte du transfert entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) opéré en 2018 suivi, en 2019, de la hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée au financement de la protection sociale, concomitante à la poursuite des allègements de cotisations sociales. Les dépenses s'élèvent à 812,5 milliards

d'euros, dont 762,8 milliards de prestations sociales. Celles liées à la santé et aux retraites représentent 80 % du total et restent dynamiques. Les dépenses de lutte contre la pauvreté bondissent en 2019 sous l'effet de la forte revalorisation de la prime d'activité décidée dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales.

► **Complémentaire santé et prévoyance**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE  
MALADIE

2021

Paris HCAAM.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/place-de-complementaire-sante-prevoyance-france>

Ce document de travail du HCAAM sur la place de la complémentaire santé et prévoyance en France constitue un état des lieux juridique, statistique et économique identifiant les questions qui se posent dans le secteur. Il s'agit de la première étape d'un travail qui débouchera sur un avis et un rapport du HCAAM à l'été 2021.

► **Financement : les cotisations sociales ne sont plus ce qu'elles étaient**

INSTITUT DE LA PROTECTION SOCIALE

2020

Lyon IPS

[www.institut-de-la-protection-sociale.fr/publication/financement-les-cotisations-sociales-ne-sont-plus-ce-elles-etaient/](http://www.institut-de-la-protection-sociale.fr/publication/financement-les-cotisations-sociales-ne-sont-plus-ce-elles-etaient/)

Pour répondre à l'augmentation constante des dépenses et tenter de réduire les déficits permanents, de multiples recettes d'origines diverses furent instituées. Mais de manière plus inquiétante, une confusion extrême touche les cotisations sociales elles-mêmes. Les Français pensent que les cotisations calculées sur leur rémunération financent leur protection sociale. Mais ils n'imaginent pas que le lien entre le montant des sommes versées et le niveau des prestations obtenu s'est grandement détérioré au fil du temps. Au cours des dernières années, les cotisations sociales sont largement devenues des taxes sociales; les cotisations productives s'effaçant au fur et à mesure que les sommes versées augmentent. Cette note de l'IPS tente d'expliquer la situation actuelle, ses origines et ses conséquences. Elle trace en outre des pistes concrètes pour sortir de l'impasse dans laquelle notre système s'enfonce.



► **Progressivity Of Out-Of-Pocket Payments And Its Determinants Decomposed Over Time**

KOCH S. F. ET SETSHEGESTO N.  
2020

**Pretoria University of Pretoria.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:pre:wpaper:2020112&r=hea>

This study estimates progressivity of out-of-pocket (OOP) health payments and their determinants using South African Income and Expenditure Surveys. Concentration is decomposed to examine the effect of household determinants on OOP inequality, shedding light on how progressivity/regressivity is related to changes in the concentration and elasticities of the determinants over time. Our results suggest that actual OOP health expenditures are concentrated among non-poor households, although less so now than in the recent past. When OOP health payments are viewed from the perspective of affordability, which instead focuses on the share of payments relative to capacity-to-pay, they are regressive; However, they have become less concentrated amongst poor households, although still regressive, recently. These results appear to be independent of the measure of socioeconomic status employed in the analysis. The results highlight large income and education related disparities and also suggest continued gender and ethnic differences that deserve further attention in policymaking.

► **Age, Morbidity, Or Something Else? A Residual Approach Using Microdata To Measure The Impact Of Technological Progress On Health Care Expenditure**

LAUDICELLA M., LI DONNI P., *et al.*  
2020

**DaCHE discussion paper. 4/2020. Odense University of Southern Denmark.**

[https://portal.findresearcher.sdu.dk/files/175237079/DaCHE\\_Discussion\\_Paper\\_2020\\_4.pdf](https://portal.findresearcher.sdu.dk/files/175237079/DaCHE_Discussion_Paper_2020_4.pdf)

This study measures the increment of health care expenditure (HCE) that can be attributed to technological progress and change in medical practice by using a residual approach and microdata. We examine repeated cross-sections of individuals experiencing an initial health shock at different point in time over a ten-year window and capture the impact of unobservable technology and medical practice to which they are exposed after allowing for differences in health and socioeconomic characteristics. We decompose

the residual increment in the part that is due to the effect of delaying time to death, i.e. individuals surviving longer after a health shock and thus contributing longer to the demand of care, and the part that is due to increasing intensity of resource use, i.e. the basket of services becoming more expensive to allow for the cost of innovation. We use data from the Danish National Health System that offers universal coverage and is free of charge at the point of access. We find that technological progress and change in medical practice can explain about 60% of the increment of HCE, in line with macroeconomic studies that traditionally investigate this subject.

► **Price Indices And The Value Of Innovation With Heterogenous Patients**

LUCARELLI C., NICHOLSON S. ET TILIPMAN N.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28333. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28333>

Many countries use uniform cost-effectiveness criteria to determine whether to adopt a new medical technology for the entire population. This approach assumes homogeneous preferences for expected health benefits and side effects. We examine whether new prescription drugs generate welfare gains when accounting for heterogeneous preferences by constructing quality-adjusted price indices for colorectal cancer drug treatments. We find that while the efficacy gains from newer drugs do not justify high prices for the population as a whole, innovation improves the welfare of sicker, late-stage cancer patients. A uniform evaluation criterion would not permit these innovations despite welfare gains to a subpopulation.

► **A Comparison Of Health Care Spending By Age In Eight High-Income Countries**

PAPANICOLAS I., MARINO A., LORENZONI L., *et al.*  
2020

**Jama Network Open 3(8): 3.**

<http://eprints.lse.ac.uk/105109/>

The United States spends more on health care than any other country. Unlike many other high-income countries, which have largely uniform financing schemes for health care, the US has different financing schemes for different populations. The degree to which this fragmentation in US financing explains higher spending is

not clear. Some policy makers believe that expanding the Medicare model, which has a financing system that more closely resembles that of other high-income countries (ie, it is government run and tax financed), could reduce spending substantially. To examine whether this policy has potential, this cross-sectional study compared nominal and relative spending in the US, by 5-year age groupings, with that of other high-income countries that have more homogenous financing systems. This comparison allows us to better understand spending differentials between the US and other countries for people aged 65 years or older, as well as for other age groups.

► **Why Is End-Of-Life Spending So High? Evidence From Cancer Patients**

ZELTZER D., EINAV L., FINKELSTEIN A., *et al.*  
2020

**NBER Working Paper Series ;28162. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28162>

The concentration of healthcare spending at the end of life is widely documented but poorly understood. To gain insight, we focus on patients newly diagnosed with cancer. They display the familiar pattern: even among cancer patients with similar initial prognoses, monthly spending in the year post diagnosis is over twice as high for those who die within the year than those who survive. This elevated spending on decedents is almost entirely driven by higher inpatient spending, particularly low-intensity admissions, which rise as the prognosis deteriorates. However, even for patients with very poor prognoses at the time of admission, most low-intensity admissions do not result in death, making it difficult to target spending reductions. We also find that among patients with the same cancer type and initial prognosis, end-of-life spending is substantially more elevated for younger patients compared to older patients, suggesting that treatment decisions are not exclusively present-focused. Taken together, these results provide a richer understanding of the sources of high end-of-life spending, without revealing any natural

## État de santé

### Health status

► **Do State Tobacco 21 Laws Work?**

BRYAN C., HANSEN B., MCNICOLS D., *et al.*  
2020

**NBER Working Paper Series ;28173. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28173>

Tobacco 21 (T-21) laws prohibit the sale of tobacco products to individuals under age 21. This study is the first to comprehensively examine the impacts of statewide T-21 laws on youth tobacco consumption, including spillovers to minor teens. Using data from the 2009-2019 Behavioral Risk Factor Surveillance Survey

(BRFSS) and a difference-in-differences approach, we find that the enactment of a statewide T-21 law was associated with a 2.5 to 4.0 percentage-point decline in smoking participation among 18-to-20-year-olds. A causal interpretation of our estimates is supported by event-study analyses and falsification tests for young adults ages 21 and older. Next, using data from the 2009-2019 State Youth Risky Behavior Surveys (YRBS), we find that statewide T-21 laws reduced tobacco cigarette and electronic cigarette (e-cigarette) consumption among 18-year-old high school students. We also find that the public health benefits of T-21 laws extend to 16-to-17-year-olds, a group that relies heavily on the

“social market” — including 18-year-old peers — to access tobacco. We conclude increasing the minimum legal purchasing age for tobacco to 21 appears to be a more effective current policy strategy to deter youth smoking than raising cigarette taxes.

► **Avis relatif au contenu du questionnaire d’autoévaluation de l’état de santé de l’enfant âgé de 6 ans à 18 ans dans le cadre de la pratique sportive**

COM-RUELLE L., DUCHE P., DUFOUR V., *et al.*

2020

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=918>

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu de la Direction générale de la santé (DGS) une saisine datée du 7 octobre 2019 relative au contenu du questionnaire d’autoévaluation de l’état de santé du mineur sollicitant l’obtention ou le renouvellement d’une licence sportive ou l’inscription à une compétition sportive pour les disciplines « sans contraintes particulières ». Dans le cadre des modifications réglementaires relatives au certificat de non contre-indication à la pratique d’un sport chez l’enfant, le Haut Conseil de la santé publique propose un modèle de questionnaire destiné à accompagner le renouvellement de la licence sportive. Ce questionnaire ne peut être un outil de dépistage, il a pour finalité de sensibiliser l’enfant à la nécessité d’une activité physique ou sportive et de l’inciter à participer à la surveillance de sa santé.

► **Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l’Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015**

DENEUX THARAUX C. ET SAUCEDO M.

2021

Saint-Maurice Santé Publique France

[www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles](http://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles)

Chaque année en France, 50 à 100 femmes décèdent d’une cause liée à la grossesse, à l’accouchement ou à leurs suites, soit une tous les 4 jours en moyenne. Cette

enquête nationale permet de disposer d’une importante base de données quantitatives et qualitatives. Elle révèle que les maladies cardiovasculaires et les suicides sont respectivement les première et deuxième causes de décès maternels en 2013-2015. Les auteurs du rapport soulignent que la majorité des décès sont évitables et livrent les éléments du parcours de soin à améliorer au travers de 30 messages clés.

► **Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l’opinion des Français selon leur état de santé**

DESPRAT D.

2021

Etudes Et Résultats (Drees)(1181)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/causes-des-problemes-de-sante-acces-aux-soins-et-assurance-maladie>

Interrogés dans le cadre du Baromètre d’opinion de la DREES, les trois quarts des Français déclarent être en bonne santé, mais quasiment la même proportion se disent préoccupés par la santé de leurs concitoyens. Selon les personnes en bonne santé, les problèmes de santé sont principalement dus à des comportements individuels, tandis que celles qui sont en mauvaise santé soulignent avant tout le rôle des conditions de travail. Lorsqu’un problème de santé survient, le recours au médecin est plus systématique parmi les personnes qui se considèrent globalement en mauvaise santé : c’est le cas de sept Français en mauvaise santé sur dix, contre à peine plus d’un sur deux pour ceux en bonne santé. Une large majorité est satisfaite de la qualité des soins dispensés par les professionnels de santé, sans différence selon l’état de santé, à l’exception des soins infirmiers jugés plus positivement par les personnes en mauvaise santé. Enfin, la quasi-totalité des personnes interrogées approuvent le financement majoritairement public des dépenses de santé. Les personnes de santé moyenne ou mauvaise sont davantage attachées au maintien du niveau actuel des prestations sociales et des remboursements d’assurance maladie que celles en bonne santé.

► **Sexe, genre et santé : Rapport d'analyse prospective 2020**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
2020

**Saint-Denis HAS**

[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport\\_analyse\\_prospective\\_2020.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf)

Quels effets ont le sexe et le genre sur notre santé ? Comment influencent-ils nos comportements et nos pratiques ? Sont-ils pris en compte dans les politiques de santé et d'accompagnement social ? Dans les instruments conçus pour les mettre en œuvre ? L'analyse de la HAS expose pourquoi tenir compte du sexe et du genre en santé. Elle formule 10 propositions issues de ces constats pour faire de la prise en compte de ces facteurs un levier d'amélioration de la santé des femmes, des hommes, des personnes intersexes et des personnes trans. Elle prend aussi l'engagement de progresser elle-même à ce sujet dans le cadre de ses missions.

► **Panorama des cancers. Edition 2021**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER  
2021

**Boulogne Billancourt : INCA**

[https://www.e-cancer.fr/content/download/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France\\_2021.pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf)

Cette brochure synthétise les données essentielles les plus récentes sur les principaux cancers en France (incidence, mortalité, survie, etc.), ainsi que les actions de prévention et de soin que l'on peut mener avant, pendant et après la maladie. Des décryptages d'experts dans le domaine complètent les chiffres présentés.

► **A Unified Model Of Cohort Mortality For Economic Analysis**

LLERAS-MUNEY A. ET MOREAU F. E.  
2020

**NBER Working Paper Series ;28193. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28193>

We propose a dynamic production function of population health and mortality from birth onwards. Our parsimonious model provides an excellent fit for the mortality and survival curves for both primate and human populations since 1816. The model sheds light on the dynamics behind many phenomena documented in the

literature, including (i) the existence and evolution of mortality gradients across socio-economic statuses, (ii) non-monotonic dynamic effects of in-utero shocks, (iii) persistent or "scarring" effects of wars and (iv) mortality displacement after large temporary shocks such as extreme weather.

► **Deaths Of Despair And The Incidence Of Excess Mortality In 2020**

MULLIGAN C. B.

2020

**NBER Working Paper Series ;28303. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28303>

Weekly mortality through October 3 is partitioned into normal deaths, COVID, and nonCOVID excess deaths (NCEs). Before March, the excess is negative for the elderly, likely due to the mild flu season. From March onward, excess deaths are approximately 250,000 of which about 17,000 appear to be a COVID undercount and 30,000 non-COVID. Deaths of despair (drug overdose, suicide, alcohol) in 2017 and 2018 are good predictors of the demographic groups with NCEs in 2020. The NCEs are disproportionately experienced by men aged 15-55, including men aged 15-25. Local data on opioid overdoses further support the hypothesis that the pandemic and recession were associated with a 10 to 60 percent increase in deaths of despair above already high pre-pandemic levels.

► **Enquête Agrican : agriculture et cancer (2020)**

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

2020

**Bagnolet CCMSA**

<http://www.actu-environnement.com/media/pdf/news-36604-cohorte-agrican-bulletin.pdf>

La cohorte AGRICAN est la plus grande étude au monde conduite sur les cancers en milieu professionnel agricole. Proche du modèle et des objectifs de la cohorte américaine Agricultural Health Study, elle la devance aujourd'hui en nombre de participants. En France, l'initiative a commencé en 1995 par la mise en place d'une cohorte plus modeste d'affiliés MSA dans le département du Calvados (plus de 6000 affiliés). En 2004, le projet s'est développé par la création de la cohorte prospective AGRICAN, basée sur une large sélection d'affiliés adultes à la MSA dans 11 des 13

départements français métropolitains disposant alors d'un registre des cancers.

► **Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences**

PALLE C.

2020

Paris : OFDT

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>

En 2019, les volumes d'alcool consommés sur le territoire français restent orientés à la baisse, même si, dans la continuité d'une tendance engagée en 2006, la diminution est devenue assez faible. La proportion de la population indiquant boire quotidiennement, qui avait fortement chuté au cours des années 2000, a cessé de diminuer au cours des années 2010, ce qui marque une rupture forte avec la tendance antérieure de baisse continue.

► **Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent. Nouvel état des lieux en France**

THIVEL D.

2021

Clermont-Ferrand Onaps

<http://bit.ly/reportcard20>

Pour la troisième fois depuis 2016, un comité d'experts composés de représentants du milieu académique, de sociétés savantes, d'institutions de santé publique ou encore des milieux scolaires et associatifs, publie, sous la coordination de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité, un état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité des enfants et adolescents français. Ce Report Card 2020 propose une évaluation bienveillante des actions et stratégies nationales mises en place pour promouvoir le mouvement des plus jeunes. Si ce RC2020 semble souligner une certaine stabilité dans l'engagement de nos institutions (au regard d'indicateurs sélectionnés au niveau international), il met une nouvelle fois en avant la nécessité de renforcer nos actions toujours trop timides et ses conclusions encouragent le développement de stratégies nationales plus efficaces et pérennes. Evidemment, alors que 2020 a placé la population dans un contexte sanitaire tout à fait singulier, ce RC fait également un focus particulier sur l'impact du confinement sur les comportements actifs

et sédentaires des plus jeunes, tentant d'alerter sur la nécessité de prévention dans l'éventualité de situations similaires dans le futur.

► **Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Matériel et méthodes**

UHRY Z., DANTONY E., ROCHE L., *et al.*

2021

Saint-Maurice Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-materiel-et-methodes>

La présente étude porte sur le suivi des personnes après un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2015, âgées de 15 ou plus au moment diagnostic et résidant dans un des départements métropolitains couverts par un registre (19 à 22 départements selon le cancer étudié). Le statut vital des personnes incluses a été mis à jour au 30 juin 2018 par les registres selon une procédure standardisée. Les résultats sont structurés en 3 parties : Partie 1 : Survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 (tous registres); Partie 2 : Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015 (restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, Hommes et Femmes ensemble); Partie 3 : Survie nette à long terme (20 ans) des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et âgées de moins de 75 ans.

### Geography of Health

► **Étude sur l'accès aux soins en milieu rural**

ASSOCIATION DES MAIRES RURAUX DE FRANCE  
2020

Lyon : A.M.R.F.

Les habitants du monde rural ont-ils le même accès aux soins hospitaliers que les habitants des villes ? L'étude montre que les habitants du rural consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes (à âge et sexe égal) ; les indices comparatifs d'hospitalisation montrent une progression continue depuis les territoires les moins peuplés jusqu'aux centres urbains ; ces variations se retrouvent toujours constamment en moyenne dans tous les segments d'activité observés (Chirurgie, Interventionnel, etc.)

► **Les inégalités d'espérance de vie : le fossé se creuse entre campagnes et villes**

ASSOCIATION DES MAIRES RURAUX DE FRANCE  
2020

Lyon : A.M.R.F.

Observe-t-on des inégalités en termes d'espérance de vie entre territoires ruraux et urbains et observe-t-on dans le temps long des périodes de rattrapage et/ou de creusement de ces inégalités ? Un constat sans appel grâce à cette étude de l'espérance de vie à la naissance à l'échelle départementale en fonction de la

grille de densité rural/urbain : - Les habitants du rural vivent 2 ans de moins que ceux des villes - Les écarts d'espérance de vie s'aggravent au cours des trente dernières années entre départements ruraux et département urbains.

► **Manuel de sociologie des mobilités géographiques**

BELTON-CHEVALLIER L., OPPENCHAIM N. ET  
VINCENT-GESLIN S.

2019

Tours : PUF

Premier manuel de sociologie en langue française sur la question des mobilités géographiques du quotidien, cet ouvrage dresse un large panorama de l'état des connaissances sur cette question, tout en ouvrant de multiples pistes de réflexion pour de futures recherches. Quelle place occupent les mobilités géographiques aujourd'hui dans nos sociétés ? Comment ont-elles évolué au fil du temps ? Pourquoi les représentations de la mobilité sont-elles si ambivalentes ? Comment les mobilités géographiques s'articulent-elles avec les inégalités sociales et territoriales qui traversent nos sociétés ? Comment la sociologie s'est-elle saisie de cet objet, longtemps réservé aux géographes et à la socio-économie des transports ? (4<sup>e</sup> de couv.)

## Handicap

### Disability

► **Handicap et maladie chronique. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2018**

BOUNIOLS N., PACORICONA AFFAROD L., EHLINGER V., *et al.*

2020

Rennes EHESP.

<https://www.ehosp.fr/2021/01/13/sante-et-bien-etre-des-adolescents-en-france-les-nouveaux-resultats-de-l-enquete-enclass-sont-en-ligne/>

Au total, près d'un collégien sur cinq se déclare porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique ayant été diagnostiqués par un médecin et pour près de 4 % des collégiens cette situation restreint leur participation à l'école. Les élèves en situation de handicap qui déclarent une restriction de leur participation à l'école

rencontrent également plus fréquemment des difficultés dans plusieurs tâches de la vie quotidienne. La proportion d'élèves se déclarant porteurs de maladie chronique ou de handicap restreignant leur participation à l'école qui avait augmenté entre 2010 et 2014 est restée stable entre 2014 et 2018.

► **Les privations de liberté en raison d'un handicap : causes, freins et leviers**

COLDEFY M., PODEVIN M. ET WOOLEY S.

2021

**Questions D'économie De La Santé (Irdes)(254)**

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/254-les-privations-de-liberte-en-raison-d-un-handicap.pdf>

Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie et l'accueil d'adultes en situation de handicap

– majoritairement psychique ou mental – dans des structures d'hébergement médico-social recouvrent des situations souvent traumatisantes et douloureuses pour les personnes et leurs familles, mais aussi pour les professionnels. Selon le rapport de l'Organisation des Nations Unies (Onu) sur les droits des personnes handicapées, ces situations peuvent constituer des privations de liberté spécifiques au handicap, contraires à l'article 14 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. A partir d'entretiens réalisés avec les différents acteurs impliqués dans ces situations (personnes en situation de handicap, proches, représentants d'associations, professionnels de santé, directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, décideurs politiques et la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté), cette étude cherche à mieux comprendre les causes de ces situations et les moyens de les éviter.

## Hôpital

### Hospital

► **Urgent Care Centers, Hospital Performance And Population Health**

BHALOTRA S. R., NUNES L. ET ROCHA R.

2020

**Iza Discussion Paper Series ; 13992. Bonn Iza.**

<http://ftp.iza.org/dp13992.pdf>

Hospitals are under increasing pressure as they bear a growing burden of chronic disease while also dealing with emergency cases that do not all require hospital care. Many countries have responded by introducing alternative facilities that provide 24/7 care for basic and medium-complexity cases. Using administrative data, we investigate impacts of the opening of these intermediate facilities (UPA) in the state of Rio de Janeiro in Brazil. We find that an UPA opening in the catchment area of a hospital reduces hospital outpatient procedures and admissions and that this is associated with improved hospital performance, indicated by a decline in inpatient mortality. This does not appear to derive from a change in the risk profile of cases going to hospital but rather from hospital resources being re-focused. In a significant departure from related research, we identify displacement by investigating

population-level outcomes. Our most striking result is that a large share of the decline in hospital mortality is offset by deaths in UPAs, though there remains a net decline in deaths from cardiovascular conditions that are typically amenable to primary care.

► **Fréquence des décès et des hospitalisations chez les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soin longue durée (USLD) en France au cours des années 2018 et 2019**

BOTTON J., DROUIN J., BERTRAND M., *et al.*

2021

**Paris ANSM**

[https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/01/epi-phare\\_rapport\\_decès\\_hospit\\_ehpad\\_20210115.pdf](https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/01/epi-phare_rapport_decès_hospit_ehpad_20210115.pdf)

Ce travail confirme et quantifie la fréquence élevée des décès et des hospitalisations parmi les résidents des EHPAD et USLD en dehors du contexte de l'épidémie de Covid-19, et il permet d'en estimer les

nombres attendus au cours des mois à venir, alors que la campagne de vaccination débute. Ces chiffres, qui atteignent de l'ordre de 465 décès et plus de 1000 hospitalisations par jour, fournissent une première base de comparaison pour le suivi de la sécurité des vaccins dans cette population, dans l'attente de la mise en œuvre d'études de pharmaco-épidémiologie fines.

► **Evolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux**

CHARNOZ P., DELAPORTE A., DENNEVAULT C., *et al.*  
2020

**Dossiers De La Drees (Les)(69)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/evolution-des-effectifs-salaries-hospitaliers-depuis-15-ans>

Plusieurs publications donnent des éléments sur l'emploi salarié du secteur hospitalier, qui renvoient à des notions et des périmètres variables. Ces différentes mesures, tout en étant compatibles entre elles, sont marquées par des spécificités de champ et de concepts qui ne sont pas toujours suffisamment documentées, si bien que cela nuit à l'usage qui peut en être fait pour éclairer le débat public sur ce sujet.

► **Vertical Integration Of Healthcare Providers Increases Self-Referrals And Can Reduce Downstream Competition: The Case Of Hospital-Owned Skilled Nursing Facilities**

CUTLER D., DAFNY L., GRABOWSKI D. C., *et al.*  
2020

**NBER Working Paper Series ;28305. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28305>

The landscape of the U.S. healthcare industry is changing dramatically as healthcare providers expand both within and across markets. While federal anti-trust agencies have mounted several challenges to same-market combinations, they have not challenged any non-horizontal affiliations – including vertical integration of providers along the value chain of production. The Clayton Act prohibits combinations that “substantially lessen” competition; few empirical studies have focused on whether this is the source of harm from vertical combinations. We examine whether hospitals that are vertically integrated with skilled nurs-

ing facilities (SNFs) lessen competition among SNFs by foreclosing rival SNFs from access to the most lucrative referrals. Exploiting a plausibly exogenous shock to Medicare reimbursement for SNFs, we find that a 1 percent increase in a patient's expected profitability to a SNF increases the probability that a hospital self-refers that patient (i.e., to a co-owned SNF) by 2.5 percent. We find no evidence that increased self-referrals improve patient outcomes or change post-discharge Medicare spending. Additional analyses show that when integrated SNFs are divested by their parent hospitals, independent rivals are less likely to exit. Together, the results suggest vertical integration in this setting may reduce downstream competition without offsetting benefits to patients or payers.

► **Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019**

DREES

2020

**Paris : Drees**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/nombre-de-lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-soins-continus-en-france-fin-2013-et>

► **The Cost Of Task Switching: Evidence From The Emergency Department**

DUAN Y., JIN Y., DING Y., *et al.*

2021

**sl SSRN.**

<https://ssrn.com/abstract=3756677>

Emergency department physicians treat patients with different symptoms that require constant switching of tasks. Using a comprehensive data set with over 650,000 patient visits to four emergency departments, we investigate the impact of task switching on physician productivity. Our instrumental variable estimation, which exploits the exogenous composition of waiting patients, indicates that switching between patients of different types increases the average pick-to-pick time by 4.9 to 14.7 percent. The switch cost likely reflects both a time-consuming cognitive reconfiguration process and interference between tasks. Task switching also affects how physicians route patients, although we find little impact on healthcare quality. Our counterfactual analysis further reveals that the switch cost may have increased the average patient waiting time by 28.2 percent and the congestion level by 27.9 per-



cent. Our research has important managerial implications for how switch costs can be addressed to improve workplace efficiency.

► **Certification des établissements de santé pour la qualité des soins**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2020

**Saint-Denis HAS**

[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf)

Ce nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins comporte une première phase de diffusion des documents et outils utiles aux équipes des établissements et aux représentants des usagers. L'objectif est de partager des repères actualisés, clairs et centrés sur le soin pour orienter l'amélioration continue de la qualité dans les hôpitaux et cliniques.

► **Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2020

**Saint-Denis HAS**

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf)

Publié pour la troisième année consécutive, ce rapport présente le retour d'expérience de la Haute Autorité de santé sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Il s'appuie sur les 2.007 EIGS déclarés par les professionnels de santé entre 2017 et 2019, dont 1.187 en 2019.

► **Impact Of Competition Versus Centralisation Of Hospital Care On Process Quality: A Multilevel Analysis Of Breast Cancer Surgery In France**

OR Z., ROCOCO E., TOURE M., *et al.*

2020

**International Journal of Health Policy and Management(En ligne): 1-11.**

[https://www.ijhpm.com/article\\_3920\\_1dbd25cafadff17218ba347302112577.pdf](https://www.ijhpm.com/article_3920_1dbd25cafadff17218ba347302112577.pdf)

The implications of competition among hospitals on care quality have been the subject of considerable debate. On one hand, economic theory suggests that when prices are regulated, quality will be increased in competitive markets. On the other hand, hospital mergers have been justified by the need to exploit cost advantages, and by evidence that hospital volume and care quality are related.

► **Supply-Side Variation In The Use Of Emergency Departments**

ZELTZER D., EINAV L., CHASID A., *et al.*

2020

**NBER Working Paper Series ;28266. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/28266>

We study the role of person-specific and place-specific factors in explaining geographic variation in emergency department (ED) utilization using detailed data on 150,000 patients who moved regions within Israel. We document that about half of the destination-origin differences in the average ED utilization rate across districts translates to the change (up or down) in movers' propensity to visit the ED. In contrast, we find no change in the probability of having an unplanned hospital admission (that is, via the ED), implying that the entire change in ED use by movers is driven by ED visits that do not lead to hospital admission. Similar results are obtained in a complementary event study, which uses hospital entry as a source of variation. The results from both approaches suggest that supply-side variation in ED access affects only the less severe cases—for which close substitutes likely exist—and that variation across ED physicians in their propensity to admit patients is not explained by place-specific factors, such as differences in incentives, capacity, or diagnostic quality.

## Health inequalities

### ► Selection And Causation In The Parental Education Gradient In Health: Lessons From A Large Sample Of Adoptees

BJORKERGREN E., LINDAHL M., PALME M., *et al.*  
2020

**NBER Working Paper Series ;28214. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28214>

We use data from a large sample of adoptees born in Sweden to study to what extent the well-established association between parental educational attainments and adult health of the child generation can be attributed to pre- or post-birth factors, respectively. We find a significant association between the educational attainment of the adopting parents and child health outcomes as adults. These results suggest that growing up in a better-educated household has long-term effects on health outcomes. Our analysis of the mechanisms behind the results suggests that formation of human capital, and in particular cognitive and non-cognitive skills, may be important.

### ► Considering Health Inequality Impact In Decision Making: What Does It Mean For Policy Makers?

CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS  
2020

**Che Briefing**

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/policybriefing/PHRC%202020.pdf>

When making the decision about whether to fund a public health intervention, information on whether the intervention has different impacts on different population groups is important. However, economic evaluations that provide information on costs and health benefits in order to inform funding decisions do not tend to address whether impacts differ across population groups. This briefing showcases the value of capturing differences between socio-economic groups in the evaluation of how interventions impact on population overall health and health inequality.

### ► How Important Is Health Inequality For Lifetime Earnings Inequality?

HOSSEINIY R., KOPRCKYZ K. ET ZHAOS K.  
2021

**Working Paper 2021-1. Atlanta Federal Reserve Bank of Atlanta.**

<https://www.frbatlanta.org/-/media/documents/research/publications/wp/2021/01/04/01-how-important-is-health-inequality-for-lifetime-earnings-inequality.pdf>

Using a dynamic panel approach, we provide empirical evidence that negative health shocks reduce earnings. The effect is primarily driven by the participation margin and is concentrated in less educated individuals and those with poor health. We build a dynamic, general equilibrium, life cycle model that is consistent with these findings. In the model, individuals whose health is risky and heterogeneous choose to either work, or not work and apply for social security disability insurance (SSDI). Health affects individuals' productivity, SSDI access, disutility from work, mortality, and medical expenses. Calibrating the model to the United States, we find that health inequality is an important source of lifetime earnings inequality: nearly 29 percent of the variation in lifetime earnings at age 65 is due to the fact that Americans face risky and heterogeneous life cycle health profiles. A decomposition exercise reveals that the primary reason why individuals in the United States in poor health have low lifetime earnings is because they have a high probability of obtaining SSDI benefits. In other words, the SSDI program is an important contributor to lifetime earnings inequality. Despite this, we show that it is ex ante welfare improving and, if anything, should be expanded.

### ► Gender Patterns In Immigrants' Health Profiles In France: Tobacco, Alcohol, Obesity And Self-Reported Health

KLAT M., LEGLEYE S. ET BRICARD D.  
2020

**International Journal of Environmental Research and Public Health 17(23): 1-10.**

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8759>

To date, little attention has been given to gender differences in the health of migrants relative to native-

born. In this study, we examine the health profile of the largest immigrant groups in metropolitan France, considering several health indicators and with a special interest in the gendered patterns.

► **Education Gradients In Mortality Trends By Gender And Race**

LEIVE A. A. ET RUHM C. J.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28419. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28419>

We examine gender and race differences in education-mortality trends among 25-64 year olds in the United States from 2001-2018. The data indicate that the relationships are heterogeneous with larger mortality reductions for less educated non-Hispanic blacks than other races and mixed results at higher levels of schooling. We also investigate the causes of death associated with changes in overall mortality rates and identify key differences across race groups and education quartiles. Drug overdoses represent the single most important contributor to increased death rates for all groups, but the sizes of these effects vary sharply. Cardiovascular disease, cancer, and HIV are the most significant sources of mortality rate reductions, with the patterns again heterogeneous across sex, race, and educational attainment. These results suggest the limitations of focusing on all-cause mortality rates when attempting to determine the sources of positive and negative health shocks affecting population subgroups. Examining specific causes of death can provide a more nuanced understanding of these trends.

► **Accès à la santé des immigrés : le rôle des centres de santé**

MAY E.  
2020

**Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)(35)**

<https://cahiersdesante.fr/editions/novembre-2020/acces-a-la-sante-des-immigres-le-role-des-centres-de-sante/>

La question de l'accès à la santé des immigrés, et plus précisément, celle de leur accès au système de soins et de protection sociale réapparaissent régulièrement dans le débat public en France. Elles sont portées idéologiquement de façon accusatrice par le camp des droites les plus extrêmes mais aussi par les femmes et

hommes politiques qui ont besoin d'occuper le terrain médiatique et qui pensent flatter – et séduire – une partie de l'électorat : la droite dénonce ainsi depuis longtemps son coût et l'appel d'air que constituerait le modèle social et sanitaire français trop généreux. Les débats fumeux s'appuient souvent sur des données fausses, mal expliquées et en fait ignorent tout simplement la réalité, le vécu des personnes immigrées et de leurs soignants.

► **Perspectives des migrations internationales 2020**

OCDE  
2020

**Paris OCDE**

[www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2020\\_6b4c9dfc-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2020_6b4c9dfc-fr)

L'édition 2020 des Perspectives des migrations internationales analyse les évolutions récentes des mouvements et des politiques migratoires dans les pays de l'OCDE et dans quelques pays non-OCDE et observe l'évolution de la situation des immigrés sur le marché du travail dans les pays de l'OCDE. Le rapport comprend également un chapitre spécial sur l'impact de la migration sur la composition structurelle de l'économie. Il comprend comme chaque année des notes par pays et une annexe statistique.

► **Whole Systems Approach To Obesity And Promoting A Healthy Weight : Opportunities To Strengthen Place-Based Systems Approaches To Consider And Address Associated Health Inequalities**

PUBLIC HEALTH ENGLAND  
2020

**Londres Public Health England**

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/943643/Opportunities\\_to\\_strengthen\\_place-based\\_systems\\_approaches\\_to\\_consider\\_and\\_address\\_associated\\_health\\_inequalities.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/943643/Opportunities_to_strengthen_place-based_systems_approaches_to_consider_and_address_associated_health_inequalities.pdf)

This report outlines the findings of a research project that aimed to understand local authorities' familiarity with and use of a whole-systems approach and place-based approaches. It explores what approaches local authorities were taking to address health inequalities within their whole-systems approach to obesity and how they could be better supported to strengthen these approaches.

► **Inégalités primaires, redistribution : comment la France se situe en Europe ?**

ROUSSELON J. ET VIENNOT M.  
2020

**Paris France Stratégie.**

[www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2020-dt-inegalites-primaires-redistribution-decembre.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2020-dt-inegalites-primaires-redistribution-decembre.pdf)

Où en sont les inégalités de revenu en France par rapport aux autres pays européens ? Qu'en est-il de l'efficacité de notre système de redistribution ? France Stratégie éclaire ce débat de manière originale en mobilisant des données d'enquêtes harmonisées couvrant 30 pays européens.

► **Living And Dying In America: An Essay On Deaths Of Despair And The Future Of Capitalism**

RUHM C. J.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28358. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28358>

This essay reviews Deaths of Despair and the Future of Capitalism (DEATHS), by Anne Case and Angus Deaton, a fascinating account of life and death in the United States during the late 20th and early 21st centuries. While primarily targeted towards a popular audience, the volume will be of interest to many economists and other social scientists. It postulates how public and private policies currently practiced in the United States, combined with and partly causing the declining economic and social circumstances of less educated, have led to increased mortality from drugs, suicide, and chronic liver disease. After describing the material in DEATHS in considerable detail, I suggest a variety of research questions that need to be answered to confirm or refute Case and Deaton's arguments and describe challenges to their key hypotheses. Among the latter are the ability of the postulated relationships to explain the sharply differing mortality trajectories of non-Hispanic whites, compared with other groups, and the timing of the observed mortality changes. Along the way, I raise doubts about the usefulness of the "deaths of despair" conceptualization, with its strong implications about causality.

► **Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique**

VIDAL C.  
2020

**Paris Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes**

<https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante>

Si des spécificités biologiques liées au sexe participent des différences de santé entre les femmes et les hommes, l'influence du genre, c'est-à-dire des rapports sociaux entre les sexes, est également un facteur d'inégalité dans l'accès au soin et la prise en charge médicale. Pour comprendre comment se forment ces inégalités et y remédier, beaucoup de pays européens et nord-américains ont intégré le genre dans leurs programmes de recherche et leurs politiques de santé publique. La France accuse encore un retard dans ce domaine. Quatre domaines sont ainsi analysés : les maladies dites féminines ou masculines où les codes sociaux liés au genre influencent, chez les malades, l'expression des symptômes et le recours aux soins mais aussi l'interprétation des signes cliniques chez les personnels soignants ; la recherche clinique et biomédicale où l'absence de prise en compte du sexe et du genre peut induire des biais dans les expérimentations et les applications médicales. A cela s'ajoutent les conditions de vie, sociales, économiques et environnementales, qui exposent différemment les femmes et les hommes à des risques de santé ainsi que de grandes lacunes dans la formation médicale sur le genre dans la santé, dans une sphère professionnelle où la parité est inaboutie et où l'accès des femmes à la gouvernance reste un enjeu de taille. Les recommandations de ce rapport reposent sur quatre objectifs : mieux soigner, mieux rechercher, mieux prendre en compte les conditions de vie et l'environnement et mieux former. Parmi les 40 recommandations du HCE figure celles de créer une nouvelle instance de recherche publique dédiée à la thématique « Genre et Santé » pour structurer et animer les recherches en sciences sociales, en santé publique et dans le domaine biomédical. Un autre impératif est d'instaurer un enseignement obligatoire sur la thématique « Genre et Santé » dans la formation initiale et continue des étudiants et professionnels de santé, intégrant la question du dépistage des violences.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

► **The Behavioral Foundations Of Default Effects: Theory And Evidence From Medicare Part D**

BROT-GOLDBERG Z.C., LAYTON T., VATSON B.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28331. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28331>

We leverage two unique natural experiments to show that, in public drug insurance for the low-income elderly in the U.S., defaults have large and persistent effects on plan enrollment and beneficiary drug utilization. We estimate that when a beneficiary's default is exogenously changed from one year to the next, 96% of beneficiaries follow that default. We then develop a general framework for choice under costly cognition that allows for the possibility that either paternalistic defaults that steer consumers to plans that suit them (Thaler and Sunstein 2008) or 'shocking' defaults that trigger consumers to make active choices (Carroll et al. 2009) could be optimal. We show that optimal default design depends on a previously-overlooked parameter: The elasticity of active choice propensity with respect

to the value of the default. Leveraging variation in the match value of randomly-assigned default plans, we estimate an elasticity close to zero: There is little difference in the probability of active choice between beneficiaries assigned a well-matched default versus beneficiaries assigned a poorly-matched default. We also show that this passivity has real consequences, with beneficiaries assigned poorly-matched defaults experiencing large declines in drug consumption relative to those assigned well-matched defaults. This suggests that any potential welfare gains from an active choice response induced by a poorly-matched default are likely to be small and outweighed by the welfare losses due to reductions in drug consumption among beneficiaries who follow the poorly-matched default. Using a third natural experiment and a structural model of attention, we find that the little active choice that is present in this market appears to be largely random, with two-thirds of the variation in active choice coming from within-beneficiary transitory shocks to attention. Our results show that default rules are an integral part of insurance market design and that beneficiaries are likely to benefit from paternalistic defaults rather than be hurt by them.

## Méthodologie -Statistique

### Methodology-Statistics

► **Double-Robust Identification For Causal Panel Data Models**

ARKHANGELSKY D. ET IMBENS G. W.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28364. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28364>

We study identification and estimation of causal effects in settings with panel data. Traditionally researchers follow model-based identification strategies relying on assumptions governing the relation between the potential outcomes and the unobserved confounders. We focus on a novel, complementary, approach

to identification where assumptions are made about the relation between the treatment assignment and the unobserved confounders. We introduce different sets of assumptions that follow the two paths to identification, and develop a double robust approach. We propose estimation methods that build on these identification strategies.



► **A Call For Structured Ethics Appendices In Social Science Papers**

ASIEDU E., KARLAN D., LAMBON-QUAVEFIO M. P., *et al.*

2021

**NBER Working Paper Series ;28393. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28393>

Ethics in social science experimentation and data collection are often discussed but rarely articulated in writing as part of research outputs. Although papers typically reference human subjects research approvals from relevant institutional review boards, most recognize that such boards are not comprehensive ethical assessments. We propose a structured ethics appendix to provide details on the following: policy equipoise, role of the researcher, potential harms to participants and nonparticipants, conflicts of interest, intellectual freedom, feedback to participants, and foreseeable misuse of research results. We discuss each of these, and some of the norms and challenging situations of each. We believe that discussing such issues explicitly in appendices of papers, even if briefly, will serve two purposes: more complete communication of ethics can improve discussions of papers and can clarify and improve the norms themselves.

► **What Do Happiness Data Mean? Theory And Survey Evidence**

BENJAMIN D. J., DEBNAM GUZMAN J., HEFFETZ O., *et al.*

2021

**NBER Working Paper Series ;28438. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28438>

What utility notion do self-reported well-being (SWB) questions measure? We clarify the assumptions that underlie existing applications regarding the (i) life domains, (ii) time horizons, and (iii) other-regarding preferences captured by SWB data. We ask survey respondents what they had in mind regarding (i)–(iii) when answering commonly used—life satisfaction, happiness, ladder—and new SWB questions. Respondents put most weight on the present and on themselves—but not enough to interpret SWB data as measuring notions of flow utility and self-centered utility. We find differences across SWB questions and across sociodemographic groups. We outline actionable suggestions for SWB researchers.

► **Qu'est-ce-qu'une donnée ? Impact des données externes sur la statistique publique**

RIVIERE P.

2020

**Courrier Des Statistiques(5).**

<https://www.insee.fr/fr/information/5008710>

Le statisticien public utilise une matière première originale : les données. Mais outre celles qui sont issues d'enquêtes ou de déclarations administratives, il est amené à mobiliser des données d'autres natures, qui ne résultent pas toujours d'un processus d'observation. Comprendre ce matériau « data », c'est en explorer les principales dimensions, en s'appuyant sur le triplet « concept, domaine, valeur ».

► **Quelles méthodes pour estimer la taille d'une population difficile à enquêter ?**

ROLLAND-GUILLARD L., CHARRANCE G. ET MORAND E.

2020

**Paris : Ined. Document de travail; 255.**

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/quelles-methodes-pour-estimer-taille-population-difficile-a-enqueter/>

Quelles méthodes d'enquête utiliser pour estimer la taille d'une population difficile à joindre? Les enquêtes portant sur des populations « marginales » dites difficile à joindre, c'est-à-dire sans base de sondage, stigmatisées, et/ou de petite taille, font l'objet de réflexions depuis plusieurs années. Ces enquêtes ont vocation à améliorer la connaissance de populations touchées par certains problèmes sociaux, comme l'extrême pauvreté, l'épidémie de sida, l'usage de drogues injectables, afin d'aider l'Etat à mettre en place des politiques publiques adaptées. Le champ de recherche des populations difficiles à joindre fait l'objet d'un grand nombre de travaux dans la littérature internationale. Plusieurs méthodes ont été conçues pour estimer la taille de ces populations difficiles à joindre. Certaines de ces méthodes n'ont été jusqu'alors appliquées dans un seul et unique domaine, par exemple les populations à risque VIH, et d'autres n'ont pas encore été appliquées en France. Certaines de ces méthodes nécessitent la réalisation d'enquêtes pour produire les données, d'autres s'appuient sur des données administratives préexistantes. Dans le cadre de la préparation d'une enquête sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) transfrontalière, nous avons mené un travail

bibliographique sur ces méthodes d'estimation. Nous vous proposons de passer en revue les plus adaptées à notre population d'intérêt (la liste n'est donc pas exhaustive), en abordant la théorie et la mise en œuvre pratique de chacune d'elles, et en confrontant leurs avantages et limites. Cette présentation s'adresse à la fois au chercheur, à l'ingénieur d'enquête et au statisticien et a pour objectif de présenter à tous les

implications de chaque méthode dans la mise en place générale d'une enquête de ce type. Notre travail exploratoire nous a permis d'identifier deux méthodes peu ou pas citées dans la littérature francophone, le benchmark-multiplier et l'amplificateur par réseau, qui nous semblent assez adaptées à notre population d'intérêt car elles permettent notamment d'assurer la protection de l'anonymat des personnes.

## Politique de santé

### Health Policy

► **What Is The Evidence On Policies, Interventions And Tools For Establishing And/Or Strengthening National Health Research Systems And Their Effectiveness?**

HANNEY S., KANYA L., POKHREL S., *et al.*  
2020

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331703/9789289054942-eng.pdf>

High-quality research is important for improving population health and well-being and for achieving the health-related Sustainable Development Goals. The challenges facing individuals, organizations and countries in securing research funding and building research capacity, and then using these resources effectively, have led to renewed interest in adopting a systems approach to national health research systems strengthening. This report found that health research strategies play a key role in combining the diverse interventions to strengthen specific health research system functions into an overall system. Good practices in research systems strengthening were identified as health ministry involvement in and sustained political commitment to the comprehensive research strategy, and, where appropriate, integration of the health research system into the wider health system. Policy considerations include actions to ensure a contextual analysis to inform a comprehensive strategy; stakeholder engagement, including in priority-setting; monitoring and evaluation tools focused on system objectives; and partnerships.

► **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2021-2025**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER  
2021

**Boulogne Billancourt : INCA**

Alors que plus de 3,8 millions de nos concitoyens vivent ou ont eu à vivre avec un cancer, le Gouvernement a souhaité renforcer la lutte contre les cancers en France en s'attaquant à tous les champs où ces maladies pèsent sur le quotidien des Français, que ce soit en matière de prévention, de prise en charge ou d'accompagnement des patients. Pour la première fois, 4 objectifs chiffrés viennent donner la force de cette ambition : réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040 (le nombre de cancers évitables est aujourd'hui estimé à environ 153 000 par an); dépister un million de personnes en plus par an à partir de 2025 (9 millions de dépistages sont réalisés chaque année); réduire de deux tiers à un tiers la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic; infléchir significativement le rythme de progression du taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030. Pour y répondre, la stratégie décennale de lutte contre les cancers s'est définie 4 axes stratégiques : améliorer la prévention, primaire comme secondaire, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients, lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant, s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous. Une première feuille de route à 5 ans, détaillant les actions pour les années 2021- 2025, sera décrite dans un décret publié le vendredi 5 février 2021. Elle sera dotée d'1,74 mil-

liards d'euros, soit une augmentation de près de 20 % par rapport au précédent Plan cancer 2014-2019.

► **La légalisation du cannabis aux États-Unis. Modèles de régulation et premier bilan**

OBRADOVIC I.

2020

Paris OFDT

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/legalisation-du-cannabis-aux-usa-maj-2020/>

Depuis 2012, les évolutions des politiques publiques liées au cannabis ont connu une nette accélération, avec les premières initiatives de légalisation de la

vente de cannabis à usage non-médical aux États-Unis (le pays même qui a lancé la « guerre à la drogue » en 1971), l'Uruguay et le Canada. Après plusieurs décennies de prohibition, deux tiers des États américains ont aujourd'hui légalisé l'usage médical de cannabis et un sur cinq en autorise l'usage non-médical pour les adultes. À l'aune des premiers résultats de ces initiatives à la fois convergentes et diverses dans leurs choix de régulation, le débat aux États-Unis se porte de plus en plus désormais sur les « modèles » qui seraient les plus « protecteurs » de la jeunesse et les plus efficaces en termes de santé publique : « comment légaliser ? » plutôt que « faut-il légaliser ? ». Même si cet enjeu a été affaibli par l'urgence sanitaire autour de la pandémie de Covid-19, le statut légal du cannabis a été un des thèmes de la campagne présidentielle de 2020.

## Politique sociale

### Social Policy

► **Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité**

CALVO M.

2021

Dossiers De La Drees (Les)(73)

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

Ce Dossier de la Drees étudie les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis, une population particulièrement en difficulté concernant cette thématique. Il se focalise sur les cinq principales prestations en termes d'effectifs et de dépenses : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le minimum vieillesse ainsi que la prime d'activité. Dans une première partie, est analysée la situation de logement des bénéficiaires (statut d'occupation, accès à un logement ordinaire, hébergement par des proches, ...). Puis sont étudiées les conditions de logement selon trois approches : une approche de la qualité objective et intrinsèque du logement, notamment par un indicateur synthétique de défaut de qualité du logement qui regroupe seize critères; une approche de l'adéquation entre la composition

du ménage et la taille du logement, grâce à l'indicateur de surpeuplement; enfin, une approche par le ressenti sur l'environnement extérieur du logement (bruits, délinquance, pollution et accessibilité). Enfin, l'étude se conclut sur la satisfaction des bénéficiaires par rapport à leurs conditions de logement et sur leur désir de déménager. L'étude compare les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis entre eux mais également avec l'ensemble de la population. Elle détaille aussi, lorsque les données sont disponibles, l'évolution des conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux entre 2012 et 2018. Pour ce qui concerne la prime d'activité, prestation mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2016 en remplacement du RSA activité et de la prime pour l'emploi, ce Dossier présente la toute première analyse des conditions de logement de ses bénéficiaires.



► **L'isolement social des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité**

RICHET-MASTAIN L.  
2020

**Dossiers De La Drees (Les)(70)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/lisolement-social-des-beneficiaires-de-minima-sociaux-et-de>

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse sont particulièrement touchés par l'isolement social. Fin 2018, les bénéficiaires de revenus minima garantis (c'est-à-dire de minima sociaux ou de la prime d'activité) fin 2017 sont plus concernés par l'isolement social que l'ensemble de la population. Ainsi, d'après l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2018, ils sont beaucoup plus nombreux à vivre dans un ménage composé d'une personne seule (38 % d'entre eux contre 20 % dans l'ensemble de la population). La fréquence des relations (rencontres de visu ou contacts dématérialisés) de ces bénéficiaires de revenus minima garantis avec la famille et les amis est plus faible que celle de l'ensemble de la population, notamment pour les bénéficiaires du minimum vieillesse (graphique A). Ces derniers sont 8 % à n'avoir des relations avec leur entourage que moins d'une fois par mois (ou à ne pas avoir d'entourage) tandis que cette part est de 3 % pour l'ensemble des bénéficiaires de revenus minima garantis et de 1 % pour l'ensemble de la population. En approchant les liens avec la famille et les amis non plus en termes de fréquence, mais en termes de qualité des relations, les bénéficiaires de revenus minima

garantis sont 19 % à être concernés par ce type d'isolement. Cela signifie qu'au moins une des trois conditions suivantes n'est pas vérifiée : compter pour quelqu'un, pouvoir compter sur quelqu'un pour recevoir un soutien moral, ou que quelqu'un puisse compter sur le bénéficiaire pour recevoir un soutien moral. Près de trois bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'AAH sur dix sont isolés en termes de qualité des relations. Les bénéficiaires de la prime d'activité sont les moins concernés par l'isolement (13 %). Toutes choses (caractéristiques sociodémographiques, etc.) égales par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH et du minimum vieillesse ont plus de risques que les autres bénéficiaires de revenus minima garantis d'être isolés en termes de qualité des relations avec leur famille et leurs amis.

► **Pauvreté : entendre les alarmes pour éviter la crise humanitaire**

VIGNAU M.  
2020

**Paris Cese**

[www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Declarations/2020/201201\\_pauvrete.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Declarations/2020/201201_pauvrete.pdf)

La COVID 19 frappe durement les systèmes de santé et met à l'épreuve les sociétés. Dans cette crise, les plus précaires sont une nouvelle fois les premières victimes, comme pour les crises sociales ou écologiques. Les estimations parlent du basculement d'un million de personnes dans la précarité, s'ajoutant selon l'Observatoire des inégalités aux 9 millions de celles déjà touchées avant la crise sanitaire.

## Prevention

► **La vaccination en France : renouer avec la confiance**

BAUQUET N. ET MILLET L.  
2020

**Paris : Institut Montaigne**

[www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/vaccination-en-france-lenjeu-de-la-confiance-note.pdf](http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/vaccination-en-france-lenjeu-de-la-confiance-note.pdf)

L'immunisation progressive de la population face au Covid-19 sera véritablement effective avec l'arrivée

d'un vaccin sûr et efficace. Pour immuniser la population française, il faudrait vacciner entre 60 % et 70 % des Français, soit 40 à 47 millions d'habitants. Le gouvernement vise pour l'instant 35 millions de personnes pour 2021, ce qui sera un vrai défi dans un pays où près de 50 % des Français interrogés disent ne pas vouloir se faire vacciner contre le coronavirus.

## Prévention

► **La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) : historique, pratiques, analyse et propositions**

BENECH G.

2021

**Paris Fonds Actions Addictions**

<https://www.addictaide.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-a-lalcool-rdrda-historique-pratiques-analyse-et-propositions/>

Ce présent rapport porte sur la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Il s'intéresse tout particulièrement aux initiatives, de plus en plus répandues en France, visant à accompagner, dans une approche de RdRDA, la consommation d'alcool de personnes en difficulté avec ce produit. Une attention particulière est portée aux actions s'adressant aux usagers les plus vulnérables, et notamment aux personnes en situation de précarité.

► **What Is The Effectiveness Of Systematic Population-Level Screening Programmes For Reducing The Burden Of Cardiovascular Diseases?**

ERICKSEN C. U., ROTAR O., TOFT U., *et al.*

2021

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/news/news/2021/01/new-who-report-population-based-screening-for-cardiovascular-disease-risk-factors-does-not-reduce-cvd-mortality>

Cardiovascular diseases (CVDs) remain the main cause of death in the WHO European Region. This systematic literature review assesses whether systematic screening programmes for CVD risk factors and preclinical CVDs across general populations can lower the CVD burden in society. Based on several high-quality randomized controlled trials with large numbers of participants, the results clearly showed that screening for CVD risk factors has no effect on lowering CVD morbidity and mortality in society. Studies showed that screening for preclinical CVDs slightly reduces mortality and negative outcomes related to abdominal aortic aneurysm; however, these results may be outdated, as smoking has declined and treatment has improved since the studies were completed. Results on screening for atrial fibrillation and other preclinical CVDs have not yet been published. In summary, the current evidence indicates that screening for CVD risk factors does not reduce the CVD burden.

► **Nutri-Score : Évolution de sa notoriété, sa perception et son impact sur les comportements d'achat déclarés entre 2018 et 2020**

SARDA B., DUCROT P. ET SERRY A. J.

2021

**Saint-Maurice Santé Publique France**

[www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/nutri-score-evolution-de-sa-notoriete-sa-perception-et-son-impact-sur-les-comportements-d-achat-declares-entre-2018-et-2020](http://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/nutri-score-evolution-de-sa-notoriete-sa-perception-et-son-impact-sur-les-comportements-d-achat-declares-entre-2018-et-2020)

En 2020, la notoriété du Nutri-Score a continué à croître pour atteindre 93 %. Cette augmentation est due à l'apparition progressive du logo sur les emballages; Le Nutri-Score est cité spontanément par 18 % des individus comme un critère qu'ils utilisent pour évaluer la qualité nutritionnelle des produits (vs. 1 % en avril 2018, +17 points); 90 % des Français identifient bien que le Nutri-Score permet de qualifier la qualité nutritionnelle des produits

## Prévision – Évaluation

### Prevision-Evaluation

► **What Is The Evidence On Policies, Interventions And Tools For Establishing And/Or Strengthening National Health Research Systems And Their Effectiveness?**

HANNEY S., KANYA L., POKHREL S., *et al.*  
2020

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331703/9789289054942-eng.pdf>

High-quality research is important for improving population health and well-being and for achieving the health-related Sustainable Development Goals. The challenges facing individuals, organizations and countries in securing research funding and building research capacity, and then using these resources effectively, have led to renewed interest in adopting a systems approach to national health research systems strengthening. This report found that health research strategies play a key role in combining the diverse interventions to strengthen specific health research system functions into an overall system. Good practices in research systems strengthening were identified as health ministry involvement in and sustained political commitment to the comprehensive research strategy, and, where appropriate, integration of the health research system into the wider health system. Policy considerations include actions to ensure a contextual analysis to inform a comprehensive strategy;

stakeholder engagement, including in priority-setting; monitoring and evaluation tools focused on system objectives; and partnerships.

► **Evaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique : quels sont les choix efficaces au regard de l'analyse de la littérature ?**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
2020

**Paris HAS**

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2903236/en/evaluation-economique-de-la-tele-surveillance-pour-eclairer-la-decision-publique-quels-sont-les-choix-efficaces-au-regard-de-l-analyse-de-la-litterature](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903236/en/evaluation-economique-de-la-tele-surveillance-pour-eclairer-la-decision-publique-quels-sont-les-choix-efficaces-au-regard-de-l-analyse-de-la-litterature)

Ce rapport actualise l'état des lieux de la littérature internationale sur l'efficacité de la télémédecine, initialement publiée en 2013. Cette étude s'est plus précisément concentrée sur la télésurveillance médicale au travers de l'analyse de 61 études, discutées par 19 experts réunis en 2 groupes de travail. L'un, composé de 7 experts, a apporté une expertise méthodologie, l'autre, composé de 12 experts, a apporté une expertise ciblée de terrain au regard des expérimentations de télésurveillance. Leur conclusion est que la télésurveillance peut être considérée comme « un levier d'action permettant d'améliorer l'organisation des soins et l'efficacité ».

## Psychiatrie

### Psychiatry

► **Rapport santé mentale 2020**

ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE  
2020

**Paris ANEMF**

[www.anemf.org/download/rapport-sante-mentale-2020/](http://www.anemf.org/download/rapport-sante-mentale-2020/)

L'Association Nationale des Étudiants en Médecine de

France alerte sur la santé mentale des étudiants en santé. Depuis plusieurs années, les fédérations nationales des étudiants en santé mettent en garde sur le mal-être étudiant au sein de leur filière. Leurs enquêtes rapportent des chiffres alarmants concernant la précarité étudiante, le stress, la dépression... Améliorer la santé et le bien-être des étudiants en santé est une action nécessaire dont les bénéfices s'étendront aux

futurs patients et participeront à la transformation de notre système de santé. Notre santé est aussi la vôtre, et celle-ci ne devrait pas avoir de prix. Ensemble, il est temps de réagir et de développer des actions concrètes comme proposées dans ce rapport.

► **Gender Identity, Race, And Ethnicity Discrimination In Access To Mental Health Care: Preliminary Evidence From A Multi-Wave Audit Field Experiment**

BUTTON P., DILS E., HARRELL B., *et al.*

2020

**NBER Working Paper Series ;28164. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28164>

A broad body of interdisciplinary research establishes that transgender and non-binary individuals face discrimination across many contexts, including health-care. Simultaneously, transgender individuals face various mental health disparities, including higher rates of depression and anxiety, suicidality, and PTSD. Therefore, understanding the role of discrimination in access to mental health care is essential. However, no previous research quantifies the extent to which transgender and non-binary people face discrimination in mental healthcare markets. We provide the first experimental evidence, using an audit study, of the extent to which cisgender women, transgender women, trans-

gender men, non-binary people, and racial and ethnic minorities (African American and Hispanic individuals) face discrimination in access to mental health services. While data collection is ongoing, we find significant discrimination against transgender or non-binary African Americans and Hispanics in access to mental health care appointments.

► **Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ?**

POITAU M., NAU J., CHIROUSSEL J., *et al.*

2020

**Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(10): 465-469.**

[https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/une\\_equipe\\_mobile\\_psychiatrie\\_precaire\\_contre\\_la\\_discrimination\\_dans\\_lacces\\_aux\\_soins\\_\\_319159/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/une_equipe_mobile_psychiatrie_precaire_contre_la_discrimination_dans_lacces_aux_soins__319159/article.phtml)

En 1999, le Pôle de Psychiatrie du CHU de Saint-Étienne se saisit de la Loi Aubry contre les exclusions et met en place un dispositif novateur en créant « Interface », première Équipe Mobile Psychiatrie Précarité du département de la Loire. Après avoir repris le contexte de création de ce dispositif « d'aller-vers », des vignettes cliniques illustrent combien le travail de cette équipe d'accès aux soins tente de lutter contre les discriminations dans le champ de la santé.

## Sociologie de la santé

### Sociology of Health

► **Introduction au débat « Les économies numériques de la sexualité »**

BRASSEUR P. ET FINEZ J.

2020

**Revue Francaise De Socio-Economie 2020/2(25): 141-143.**

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2020-2-page-141.htm>

Au cours des deux dernières décennies, prenant acte du mouvement de numérisation des sociétés contemporaines, de nombreux travaux de sciences sociales se sont intéressés à la manière dont le développement

des outils et dispositifs informatiques reconfigure nos pratiques sociales. Des chercheurs.ses ont ainsi questionné la manière dont les sites web de rencontres, les nouvelles plateformes d'échanges et les réseaux socio-numériques façonnent ou transforment les sociabilités amoureuses, la formation des couples et les pratiques sexuelles.

► **Regards sur l'institutionnalisation des sciences sociales de la santé Entretiens croisés avec Bloy G., Déchamp-Le Roux C., Fainzang S., Sarradon-Eck A**

LE CLAINCHE-PIEL M., ET FOURNIER C.

2020

**Anthropologie & Santé(21): 12.**

<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6543>

Quatre chercheuses reviennent sur leur implication dans la création et l'animation de collectifs de pairs en sociologie et en anthropologie de la santé, dans la diffusion de leurs savoirs et la formation des professionnels.

► **Being A Patient. First Report Of The Patients Association's Patient Experience Programme**

THE PATIENTS ASSOCIATION

2020

**Harrow The Patients association**

<https://www.patients-association.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=16708179-90d6-41dd-a360-2c53b7e9ebe7>

The first report from the programme, Being A Patient, outlines the results of the research and scoping phase. It finds that the considerable activity in the health and care system devoted to measuring patient experience approaches it in quite narrow terms. It assesses mainly the experience of receiving care, and is used as a form of performance management within the system. This approach has its merits, but doesn't truly capture things from the patient's point of view. Patients told us that being a patient is uncomfortable, tiring and worrying; their testimony had the unpleasant nature of being ill front and centre, in a way that system-oriented measures simply don't. The report then considers what a new approach to patient experience might involve, and identifies avenues for exploration. We found that patients reported different experiences depending on the extent of the impact of their illness on their day-to-day lives, which challenges the traditional view that generic approaches are the way to go in capturing patient experience. We also found broad, though not universal, support for the term 'patient' as a useful general term, in preference to possible alternatives. Our findings did however suggest a need to define it more closely and shapes a meaning for it that enjoys even more widespread acceptance.

## Soins de santé primaires

### Primary health care

► **The Impact Of Organizational Boundaries On Healthcare Coordination And Utilization**

AGHA L., MARZILLI ERIKSON K. ET ZHAO X.

2020

**NBER Working Paper Series ;28179. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28179>

Patients often receive healthcare from providers spread across different firms. Transaction costs, imperfect information, and other frictions can make it difficult to coordinate production across firm boundaries, but we do not know how these challenges affect healthcare. We define and measure organizational concentration: the distribution across organizations of a patient's healthcare. Medicare claims show that organizational concentration varies substantially across physicians

and regions, and that patients who move to more concentrated regions have lower healthcare utilization. Further, we show that when primary care physicians (PCPs) with higher organizational concentration exit the local market, their patients switch to more typical PCPs with lower organizational concentration and then have higher healthcare utilization. Patients who switch to a PCP with 1 SD higher organizational concentration have 10% lower healthcare utilization. This finding is robust to controlling for the spread of patient care across providers. Increases in organizational concentration have no detectable effect on emergency department utilization or hospitalization rates, but do predict improvements in diabetes care.

► **Article 51 EDS, IPEP et PEPS : premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations**

ANAP

2020

**Paris Anap**

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2765>

La présente publication tire les premiers enseignements de la mise en œuvre des trois expérimentations nationales EDS (épisode de soins), IPEP (incitation à une prise en charge partagée) et PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé), un an après leur lancement. Il ne s'agit pas d'un rapport d'évaluation de ces expérimentations en cours, mais d'une synthèse des points clés de leur démarrage. Ainsi, les premières actions déployées ou en cours de conception peuvent servir de source d'inspiration pour les autres expérimentateurs.

► **Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur cabinet**

BEC J. ET LAJZEROWICZ C.

2020

**Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(10): 470-474.**

[https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/perception\\_du\\_respect\\_de\\_la\\_confidentialite\\_par\\_les\\_medecins\\_generalistes\\_au\\_sein\\_de\\_leur\\_cabinet\\_318954/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/perception_du_respect_de_la_confidentialite_par_les_medecins_generalistes_au_sein_de_leur_cabinet_318954/article.phtml)

La confidentialité est une obligation légale et déontologique pour tout médecin. Elle permet d'établir une relation de confiance avec son patient. Plusieurs études montrent qu'elle n'est pas toujours respectée dans les cabinets des médecins généralistes. Le but de notre étude était d'en comprendre les raisons. Les médecins généralistes ont conscience que le respect de la confidentialité n'est pas optimal dans leur cabinet; ils identifient une origine plurifactorielle à sa rupture ne se limitant pas à un aménagement inadéquat des locaux.

► **Mieux accompagner les professionnels de santé : Quelle coordination territoriale et quels outils pour une structuration efficace des soins de ville ?**

BONZOM F., CHABOTIER C., GASSER-METZ C., *et al.*

2020

**Saint-Etienne EN3S**

[...] Face aux mutations de la demande de soins en France et aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont instauré des dispositifs de coordination ayant vocation à favoriser une pratique médicale collective et pluriprofessionnelle. [...] Malgré ces efforts, le déploiement de l'exercice coordonné reste inachevé en raison d'un isolement relatif des professionnels de santé et d'une offre d'accompagnement institutionnelle imparfaite. [...]. Dans ce contexte, le présent rapport a pour objet de proposer des solutions afin de favoriser le déploiement de l'exercice coordonné sur l'ensemble du territoire. Il s'attache à ce titre à envisager des axes d'amélioration, notamment en offrant d'une part un accompagnement adapté aux besoins des professionnels de santé et en faisant évoluer d'autre part la culture des acteurs institutionnels d'une posture de contrôleur payeur à celle d'accompagnateur.

► **How Spillovers From Appointment Reminders Improve Health Clinic Efficiency**

BOONE C. E., CELHAY P. A. ET GERTLER P.

2020

**NBER Working Paper Series ;28166. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28166>

Missed clinic appointments present a significant burden to health care through disruption of care, inefficient use of staff time and wasted clinical resources. Short message service (SMS) appointment reminders show promise to improve clinics' management through timely appointment cancellations and efficient re-scheduling, but evidence from large-scale interventions is missing. We study a nationwide SMS appointment reminder program in Chile for chronic disease patients at public primary care clinics. Using longitudinal clinic-level data we find that after two years the program increased clinics' total number of visits per by 5.1% on average. The program did not change the number of visits by chronic patients eligible to receive the reminder, but it instead increased visits by other patients, ineligible to receive reminders in clinics that adopted the program by 7.4% on average. These results suggest that the appointment reminder systems increased clinics' ability to care for more patients through timely cancellations and re-scheduling.

► **L'atlas de la démographie médicale 2020. Situation au 1er janvier 2020**

BOUET P.  
2020

Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

[www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale](http://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale)

La tendance de l'état de la démographie médicale en France montre que nous sommes sur un relatif plateau. La baisse du nombre de médecins est plus modérée qu'elle n'a pu l'être. Malheureusement cette baisse va se poursuivre, sans doute au moins jusqu'en 2025, mais ensuite la situation devrait s'améliorer avec l'augmentation progressive des reçus. Mais dans les territoires les plus défavorisés, le besoin se fait ressentir fortement.

► **Collaboration Of Primary Care And Public Health At The Local Level: Observational Descriptive Study Of French Local Health Contracts**

KENDIR C., BRETON E., LE LOBO Y., *et al.*  
2020

Primary Health Care Research & Development  
21(e61): 1-11.

<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/collaboration-of-primary-care-and-public-health-at-the-local-level-observational-descriptive-study-of-french-local-health-contracts/276148B249C8C537EFE071D266EFCEA3>

This aim of this paper is to report on a study investigating the involvement of primary care providers in French local health contracts.

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

LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., *et al.*  
2020

Health Economics On line: 19.

<https://doi.org/10.1002/hec.4214>

The integration of primary care organizations and interprofessional cooperation is encouraged in many countries to both improve the productive and allocative efficiency of care provision and address the unequal geographical distribution of general practitioners (GPs). In France, a pilot experiment promoted

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

► **Infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire. Enquête 2019**

ORS PAYS DE LOIRE  
2020

Nantes ORS Pays de Loire

[https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_EnquetelInfirmiers2019\\_rapport.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_EnquetelInfirmiers2019_rapport.pdf)

Les infirmiers libéraux ont connu une augmentation importante de leurs effectifs au cours de la dernière décennie. Parallèlement à cette évolution, la patientèle de ces professionnels et les modes de prise en charge se sont transformés. Dans ce contexte, à la demande de l'URPS des infirmiers libéraux de la région, l'ORS a conduit en 2019 une nouvelle enquête sur les conditions d'exercice et les pratiques de ces professionnels

### Health care systems

► **Health System Performance Assessment: How Equitable Is The Belgian Health System?**

BOUCKAERT N, MAERTENS DE NOORDHOUT C, VAN DE VOORDE C. *et al.*

2020

**Bruxelles KCE**

<https://kce.fgov.be/fr/performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-%C3%A9valuation-de-l%E2%80%99%C3%A9quit%C3%A9>

Il est bien connu que les populations les plus vulnérables présentent en moyenne davantage de problèmes de santé, et ont donc des besoins plus importants en matière de soins. Le système belge d'assurance maladie obligatoire est basé sur la solidarité et vise à atténuer autant que possible les inégalités en matière de santé. C'est ainsi que les citoyens en bonne santé contribuent aux soins des personnes en moins bonne santé. Mais une autre question est de savoir si l'accès à notre système est équitable? En d'autres termes, nos soins de santé sont-ils accessibles de manière égale pour les personnes qui présentent les mêmes besoins de soins? Ou bien le statut socio-économique entraîne-t-il des différences à cet égard? Et si oui, ces différences ont-elles évolué au fil des ans? Pour répondre à cette question, le KCE a fait appel à une méthode qui permet de tenir compte des besoins de

soins dans l'évaluation du recours aux soins. Cette méthode, et les résultats qui en découlent, constituent la principale différence avec les précédentes recherches sur l'équité dans les soins en Belgique. Les données utilisées datent d'avant la crise du COVID.

► **Score For Health Data Technical Package: Global Report On Health Data Systems And Capacity**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2021

**Genève OMS**

<https://www.who.int/publications/global-report-on-health-data-systems-and-capacity-2020>

This report is the first global assessment on the status and capacity of health information systems in 133 countries, covering 87 % of the global population. It identifies gaps and provides guidance for investment in areas that can have the greatest impact on the quality, availability, analysis, accessibility and use of health data. Aujourd'hui, 4 décès sur 10 dans le monde ne sont pas enregistrés et dans la région africaine, seul 1 décès sur 10 est actuellement enregistré, selon la première évaluation mondiale des systèmes d'information sanitaire des pays publiée aujourd'hui par l'Organisation de la santé en partenariat avec Bloomberg Philanthropies.

## Travail et santé

### Occupational Health

► **The Health Externalities Of Downsizing**

AHAMMER A., GRUBL D. ET WINTER-EBMER R.

2020

**Working Paper No. 2026. Linz Johannes Kepler University of Linz.**

<https://econpapers.repec.org/paper/jkueconwp/2020-26.htm>

We show that downsizing has substantial externalities on the health of workers who remain in the firm. To this end, we study mass layoff (ML) survivors in Austria,

using workers who survive a ML themselves, but a few years in the future, as a control group. Based on high-quality administrative data, we find evidence that downsizing has persistent effects on mental and physical health, and that these effects can be explained by workers fearing for their own jobs. We also show that health externalities due to downsizing imply non-negligible cost for firms, and that wage cuts may have similar effects.



► **Long-Term Unemployment Subsidies And Middle-Age Disadvantaged Workers' Health**

GARCIA-PEREZ J. I., SERRANO-ALARCON R. ET VALL CASTELLO J.

2020

**WP Econ 20.11. Seville Université Pablo de Olavide.**

<https://econpapers.repec.org/paper/pabwpaper/20.11.htm>

We estimate the labour market and health effects of a long-term unemployment (LTU) subsidy targeted to middle aged disadvantaged workers. In order to do so, we exploit a Spanish reform introduced in July 2012 that increased the age eligibility threshold to receive the subsidy from 52 to 55. Using a within-cohort identification strategy, we show that men ineligible for the subsidy were more likely to leave the labour force. In terms of health outcomes, although we do not report impacts on hospitalizations when considering the whole sample, we do find significant results when we separate the analysis by main diagnosis and gender. More specifically, we show a reduction by 12.9% in hospitalizations due to injuries as well as a drop by 2 percentage points in the probability of a mental health diagnosis for men who were eligible for the LTU subsidy. Our results highlight the role of long-term unemployment benefits as a protecting device for the health (both physical and mental) of middle aged, low

educated men who are in a disadvantaged position in the labour market.

► **Family Support In Hard Times: Dynamics Of Intergenerational Exchange After Adverse Events**

SCHALLER J. ET ECK C. S.

2020

**NBER Working Paper Series ;28295. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28295>

We use an event-study approach to examine changes in intergenerational financial transfers and informal care within families following wealth loss, job exit, widowhood, and health shocks. We find sharp reductions in parental giving to adult children following negative shocks to parents' wealth and earned income, particularly in low-wealth households. Parental giving also decreases with some health shocks and increases following spousal death. Meanwhile, children of low-wealth households increase financial transfers to their parents following adverse shocks and children in both high- and low-wealth households increase their provision of informal care to parents following a wide range of adverse shocks.

## Vieillessement

### Aging

► **L'action des MAIA au service des territoires et de l'évolution et de l'évolution du système de santé du système de santé - Retours d'expériences en Occitanie**

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

2020

**Toulouse ARS**

<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/210352/5882/Maia.pdf>

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des Personnes Âgées (PA) de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration

des services d'aide et de soins. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 90 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. Le dispositif MAIA a été expérimenté dès 2008, dans le cadre du 3<sup>e</sup> Plan Alzheimer (2008-2012). En 2011, le dispositif MAIA a été généralisé sur le plan national. Il est ensuite devenu "Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie"

► **Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des troubles cognitifs**

AQUINO J. P. ET BERARD A.

2020

Paris Fondation Médéric Alzheimer

[www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/reperes\\_alzheimer\\_03.pdf](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/reperes_alzheimer_03.pdf)

Le guide est réalisé en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, France Alzheimer, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, la Société Française de Médecine d'Urgence et l'Union Nationale des Associations Familiales. Il est destiné aux gestionnaires et professionnels de terrain afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes avec troubles cognitifs et de leurs aidants.

► **L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues - Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » (2016)**

BESNARD X. ET ABDOUL-CARIME S.

2020

Dossiers De La Drees (Les)(71)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/lentourage-des-personnes-agees-en-etablissements-relations>

L'entourage familial et social des personnes âgées résidant en établissement et les modalités de l'aide donnée par leur proche-aidants sont une question politique de premier plan. Cette population concerne principalement des femmes âgées (77 % des résidents d'établissement pour personnes âgées sont des femmes de plus de 75 ans) dans la majorité des cas veuves, qui finissent plus souvent leur vie que les hommes en établissement. Le réseau familial des résidents est plus restreint que celui des personnes âgées du même âge qui vivent à leur domicile, ce qui peut être une des raisons, avec l'aggravation de l'état de santé, de l'entrée en établissement. Le décès du conjoint est un événement qui peut bouleverser une configuration d'aide et entraîner la décision de quitter le domicile. Pour autant, l'enquête CARE de la Drees montre que la fréquence des relations des résidents avec leur famille, notamment les enfants, reste élevée, même si les relations amicales diminuent avec l'âge et l'état de santé.

► **Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français**

BRECHAT P. H. ET CASTIEL D.

2020

Journal De Droit De La Sante Et De L'Assurance Maladie(27): 31-39.

<http://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n27-decembre-2020/>

La prise en compte du vieillissement de la population ainsi que des pathologies chroniques est l'un des huit enjeux des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>e</sup> siècle. Le système de santé et d'assurance maladie français n'est pas en passe de remporter ces défis alors qu'il en avait la possibilité. Si dans les années 1990-2000, une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées et d'un système de santé et d'assurance santé ont été rendus possibles, les années 2000 à 2010 ont vu l'échec de la prise en charge des personnes âgées et du modèle de l'hôpital entreprise. Des systèmes de santé et d'assurance maladie arrivent pourtant à remporter ces enjeux en adoptant le modèle d'un système de santé et d'assurance santé intégré basé sur l'atteinte des 3 objectifs du « Triple Aim » (améliorer l'état de santé de la population; accroître la qualité des soins; et réduire les coûts) au sein d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées. Il serait possible d'en tirer des enseignements pour notre système de santé dans le contexte de la prise en charge du vieillissement.

► **Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : les métiers du lien**

CANIEUX N.

2020

Paris Cese

[www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2020/2020\\_28\\_travail\\_domicile.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2020/2020_28_travail_domicile.pdf)

La pandémie de SARS-CoV-2 et les périodes de confinement sanitaire qui ont marqué l'année 2020, ont conduit à prendre collectivement conscience de l'importance de certaines fonctions indispensables à la santé et la cohésion sociale. Le CESE a souhaité consacrer un avis à ces professions qui, au domicile, soignent ou prennent soin de la personne, de sa famille et de son environnement. Ces métiers majoritairement

féminins apportent un service essentiel à la santé et à la vie sociale de publics qui se caractérisent par leur vulnérabilité, qu'il s'agisse des jeunes enfants, des personnes âgées ou en perte d'autonomie et touchées par la maladie ou par le handicap. Ces professions très présentes sur l'ensemble des territoires, doivent être reconnues comme des métiers du lien social et mieux valorisés

► **Evolutions et perspectives des retraites en France Rapport annuel du Cor**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2020

Paris COR

[www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2020-12/Fusion\\_rapport%2Bsynth%C3%A8se.pdf](http://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2020-12/Fusion_rapport%2Bsynth%C3%A8se.pdf)

La crise sanitaire et économique est venue dégrader sensiblement les perspectives financières à court et moyen termes qui étaient présentées dans les derniers rapports du Cor (juin & novembre 2019), même si les résultats sont plus favorables en 2070, à l'horizon de la projection. Un premier bilan des effets de la crise sur le système de retraite à court terme a été réalisé par le Cor pour la note d'étape adressée au Premier ministre en octobre 2020. Ce nouveau rapport s'inscrit dans le cadre d'analyse de ces premiers travaux et les complète, notamment en proposant une projection financière de long terme. Il s'appuie sur les hypothèses économiques retenues dans le cadre des PLF et PLFSS pour 2021. Compte tenu des délais inhérents à sa préparation, il n'a toutefois pas été possible de prendre en compte le dernier projet de loi de finances rectificatif, dit PLFR 4, présenté en Conseil des ministres le 4 novembre 2020. Ce rapport intègre ainsi les éléments connus à sa date d'élaboration, c'est-à-dire les perspectives économiques anticipées avant la décision du Gouvernement relative au nouveau confinement entré en vigueur le 30 octobre 2020. De même, la surmortalité liée à la Covid est évaluée pour la première vague du printemps 2020 mais les effets de la deuxième vague actuelle ne sont pas pris en compte dans ce rapport. Ce sera l'enjeu du prochain rapport du Cor, dont la publication est prévue en juin 2021.

► **Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger. Quinzième rapport du COR**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2020

Paris Conseil d'orientation des retraites

<https://www.cor-retraites.fr/node/546>

Dans ce rapport, le COR a cherché à dresser un panorama des systèmes de retraite dont l'ambition ne se limite pas seulement à présenter leur description dans les différents pays étudiés, mais vise également à proposer une approche plus analytique des logiques qui sous-tendent les solutions retenues en matière de retraite dans ces pays. Il se veut ainsi complémentaire à la présentation traditionnelle des systèmes de retraite proposée par les différentes organisations internationales (MISSOC - Système d'Information Mutuelle sur la Protection Sociale de la commission européenne-, AISS – Association internationale de sécurité sociale-, OCDE etc.) et au panorama international du COR présenté en 2016. Une telle comparaison des systèmes de retraites n'a pas de vocation normative; elle n'a ainsi pas pour objectif de formuler des recommandations spécifiques du système de retraite français.

► **Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations**

COMMISSION EUROPÉENNE

2021

Bruxelles Commission européenne

<https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2021/FR/COM-2021-50-F1-FR-MAIN-PART-1.PDF>

L'objectif du présent livre vert est de lancer un vaste débat politique sur le vieillissement afin d'examiner les options envisageables pour anticiper et relever les défis et les possibilités que présente ce phénomène, en tenant compte en particulier du programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations unies et de la décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé.

► **The Effect Of Increasing Retirement Age On Households' Savings And Consumption Expenditures**

ETGETON S., FISCHER B. ET YE H.

2021

**Discussion Paper; 255. Bonn Bonn Universität.**

<https://www.crctr224.de/en/research-output/discussion-papers/discussion-papers#DP255>

This paper examines how households adjust their savings and consumption expenditure in response to an anticipated increase in the early retirement age (ERA). We examine the 1999 pension reform in Germany, which increased the ERA for women born after 1951 by at least three years. Using the German Income and Consumption Survey, we find a negative impact on private savings of 0.6 percentage points, which is driven by married households. We show that households consisting of highly educated women and homeowners are more likely to reduce their savings rates. Furthermore, we find that the treated households increase their leisure spending while maintaining an unchanged level of disposable income. Our findings suggest that the treated households absorb the pension wealth shock without increasing their savings.

► **Perte d'autonomie : comment mieux accompagner les aidant.e.s familiaux**

GIRAUD O., PETIAU A. ET RIST B.

2020

**Paris Terra Nova**

[https://tnova.fr/system/contents/files/000/002/213/original/Terra-Nova\\_Perte-d-autonomie-comment-mieux-accompagner-les-aidant-e-s-familiaux\\_021220.pdf](https://tnova.fr/system/contents/files/000/002/213/original/Terra-Nova_Perte-d-autonomie-comment-mieux-accompagner-les-aidant-e-s-familiaux_021220.pdf)

Dans le cas du maintien d'une personne dépendante chez elle, ou dans le cas d'une personne handicapée, l'aide d'un ou d'une proche est souvent indispensable. Dès lors, la question est posée du statut de cet « aidant.e familial.e ». Les liens de proximité (conjoint, enfant, ami, voisin...) peuvent expliquer un dévouement souvent présenté comme « allant de soi ». Mais le nombre et l'intensité des tâches, même si elles ne sont pas techniques, correspondent à un véritable travail et, de ce fait, méritent reconnaissance et même indemnisation. Terra Nova publie une enquête qui permet une exploration inédite et détaillée de questions-clés liés aux aidant.e.s avec des propositions pour mieux les accompagner.

► **Does The Formal Home Care Provided To Old-Adults Persons Affect Utilisation Of Support Services By Informal Carers? An Analysis Of The French CARE And The U.S. NHATS/NSOC Surveys**

GUETS W.

2021

**Wp 2105. Ecully CNRS, UMR 5824, GATE.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-03115306&r=age>

The role of informal carers in long-term care sheds light on the struggle related to population ageing and the increasing incidence of chronic disease. However, despite the increasing number of informal carers, most of them experienced the burden of caregiving. Since various policies have been implemented across countries to support informal carers, their attitude toward support services should be addressed. This research consisted of investigating how formal home care affected the utilisation of support services by informal carers. Data used stemmed from the 2015 Survey Capacité Aide et Ressources des Seniors (« CARE ménage ») collected in France; and the National Health and Aging Trends Survey (NHATS) with the National Survey of Caregiving (NSOC) in the United States of America (U.S.). Andersen's health behavioural model of support services utilisation provided a conceptual framework for investigating predisposing, enabling, and need variables associated with informal carers services use. We used a probit model for econometrics modelling. We also checked for the endogeneity of formal care. A sample of N=4,866 in France and N=1,060 in the U.S. informal carers and care recipients' dyads were used in the study. In France, the care recipients' formal care utilisation does not influence the carer support service use. Comparatively, in the United States, formal care significantly increases the respite services utilisation by informal carers. This study provides important implications for Long-Term Care (TLC) dedicated to health policy, for an optimal trade-off between informal and formal care use, bearing in mind health system specificities. First, countries may spend more funds in innovative support programs in access to care, because some carers may have difficulties in accessing and using support services. Secondly, to provide and foster information campaigns to raise awareness concerning the utilisation of various existing health services, to improve social welfare.

► **La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie**

MORLET-HAÏDARA L.

2020

**Journal De Droit De La Santé Et De L'Assurance Maladie(27): 9-29.**

<http://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n27-decembre-2020/>

Dix ans après la loi HPST, trois ans après l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé, une nouvelle loi a été publiée au Journal Officiel en juillet dernier. Cette loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a fait l'objet d'un colloque organisé dès le 1<sup>er</sup> juillet par l'Institut Droit et Santé et l'Ordre national des Infirmiers. Les communications présentées et les débats qui ont marqué cette manifestation ont permis d'explorer de nombreuses dispositions de la nouvelle législation, d'en comprendre les motifs et les objectifs tout en analysant les attentes et les demandes des acteurs du système de santé, professionnels et patients. Réforme majeure de la formation médicale, évolution de l'organisation des parcours de santé pour mieux répondre aux besoins des usagers du système de santé dans les territoires, développement du numérique sur le champ de la santé ... Les enjeux du texte sont considérables. Les trois articles composant ce dossier en est le reflet. Le premier s'intéresse aux enjeux des expérimentations de l'« article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Le deuxième article examine la question de l'élargissement du champ de compétence dans le domaine de la vaccination. Enfin, le dernier article présente le dispositif « espace numérique de santé » créé par la loi du 24 juillet 2019.

► **Le taux d'encadrement dans les Ehpad - Ses déterminants et ses alternatives**

REYNAUD F.

2020

**Dossiers De La Drees (Les)(68).**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-taux-dencadrement-dans-les-ehpad-ses-determinants-et-ses>

La présente publication analyse le taux d'encadrement dans les Ehpad, c'est-à-dire le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement, à partir des

informations issues des éditions 2011 et 2015 de l'enquête EHPA de la Drees. Des régressions linéaires sont utilisées avec les données de 2015 afin de déterminer l'effet respectif de chaque caractéristique des établissements sur le taux d'encadrement cette année-là. L'étude du taux d'encadrement sur les années 2011 et 2015 en données de panel est aussi effectuée pour voir s'il existe des différences avec l'analyse sur la seule année 2015. Enfin, d'autres façons de calculer l'encadrement dans les Ehpad sont proposées, en particulier l'utilisation du taux d'encadrement corrigé du GIR moyen pondéré (GMP), afin d'explorer des indicateurs davantage pertinents pour les comparaisons entre établissements et au fil du temps.



## Index des auteurs Author index

### A

Abdoul-Carime S.....	42
Adjerad R.....	14
Agence régionale de santé.....	41
Agha L.....	37
Ahammer A.....	40
Anap.....	38
Aquino J. P.....	42
Arkhangelsky D.....	29
Asiedu E.....	30
Association des Maires Ruraux de France.....	22
Association Nationale des Étudiants en Médecine de France.....	35
Avalosse H.....	15

### B

Bauquet N.....	33
Bec J.....	38
Belabbas A.....	9
Belton-Chevallier L.....	22
Benech G.....	34
Benjamin D. J.....	30
Berard A.....	42
Bertrand M.....	23
Besnard X.....	42
Bhalotra S. R.....	23
Bjorkergren E.....	26
Bobée I.....	11
Bonzom F.....	38
Boone C. E.....	38
Borgman C. L.....	11
Bothorel E.....	11
Botton J.....	23
Bouet P.....	39
Bouniols N.....	22
Brasseur P.....	36
Braverman M.....	15
Brechat P. H.....	42
Breton E.....	39
Bricard D.....	26
Brot-Goldberg Z.C.....	29
Bryan C.....	18
Button P.....	36

### C

Calvo M.....	32
Canieux N.....	42
Castiel D.....	42
Celhay P. A.....	38
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale.....	16
Centre for Health Economics.....	26
Chabotier C.....	38
Chandra A.....	15
Charnoz P.....	24
Charrance G.....	30
Chasid A.....	25
Chassang S.....	15
Chiroussel J.....	36
CNnum.....	12
Coldefy M.....	23
Commission Européenne.....	43
Commission Nationale Informatique et Libertés.....	12
Com' Publics.....	13
Com-Ruelle L.....	19
Conseil d'orientation des retraites.....	43
Courtejoie N.....	14
Cutler D.....	24

### D

Dafny L.....	24
Dantony E.....	21
Dauphin S.....	10
Debnam Guzman J.....	30
Delaporte A.....	24
Demaison C.....	10
Deneux Tharoux C.....	19
Dennevault C.....	24
Denuit M.....	15
Despierrez B.....	9
Desprat D.....	19
Dils E.....	36
Ding Y.....	24
Diop V.....	9
Drees.....	16, 24
Drouin J.....	23

Duan Y. ....	24
Duche P. ....	19
Ducrot P. ....	34
Dufour V. ....	19

## E

Eck C. S. ....	41
Eggleston K. ....	13
Ehlinger V. ....	22
Einav L. ....	18 , 25
Ericksen C. U. ....	34
Etgeton S. ....	44

## F

Finez J. ....	36
Finkelstein A. ....	18
Fioretti M. ....	9
Fischer B. ....	44
Flack E. ....	15
Fournier C. ....	37
Franc C. ....	39

## G

Galindo-Silva H. ....	10
Garcia-Perez J. I. ....	41
Gasser-Metz C. ....	38
Gertler P. ....	38
Giraud O. ....	44
Grabowski D. C. ....	24
Grivet L. ....	10
GruBl D. ....	40
Guets W. ....	44

## H

Habib Some N. ....	10
Hanney S. ....	31 , 35
Hansen B. ....	18
Harrell B. ....	36
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ....	16
Haute Autorité de Santé. ....	13 , 20 , 25 , 35
Heffetz O. ....	30
Hong L. ....	9

Hosseiniy R. ....	26
Howard K. L. ....	13

## I

Iizuka T. ....	13
Imbens G. W. ....	29
Institut de la Protection sociale ....	16
Institut national du cancer ....	20 , 31

## J

Jin Y. ....	24
-------------	----

## K

Kanya L. ....	31 , 35
Karlan D. ....	30
Kendir C. ....	39
Khun Lafont A. ....	13
Klat M. ....	26
Koch S. F. ....	17
Koprckyz K. ....	26

## L

Lajzerowicz C. ....	38
Lambon-Quavefio M. P. ....	30
Larfa N. ....	13
Laudicella M. ....	17
Layton T. ....	29
Le Clairche-Piel M. ....	37
Lee Y. S. ....	13
Legleye S. ....	26
Leive A. A. ....	27
Le Lobo Y. ....	39
Lesdos C. ....	10
Li Donni P. ....	17
Lindahl M. ....	26
Lleras-Muney A. ....	20
Lorenzoni L. ....	17
Loussouarn C. ....	39
Lucarelli C. ....	17
Lucas N. ....	15

## M



Marino A. ....	17
Marzilli Erikson K. ....	37
Matoussowsky C. ....	11
May E. ....	27
McGinnis J. M. ....	13
McNicols D. ....	18
Millet L. ....	33
Ministère chargé de la santé ....	14
Mommaerts C. ....	9
Morand E. ....	30
Moreau F. E. ....	20
Morlet-Haïdara L. ....	45
Mulligan C. B. ....	20
Mutualité sociale agricole. ....	20

## N

Nau J. ....	36
Nicholson S. ....	17
Nunes L. ....	23

## O

Obermeyer Z. ....	15
Obradovic I. ....	32
OCDE. ....	27
Oppenchaim N. ....	22
Organisation Mondiale de la Santé ....	40
ORS Pays de Loire ....	39
Or Z. ....	25

## P

Pacoricona Affarod L. ....	22
Palle C. ....	21
Palme M. ....	26
Papanicolas I. ....	17
Petiau A. ....	44
Pison G. ....	10 , 11
Podevin M. ....	23
Poitau M. ....	36
Pokhrel S. ....	31 , 35
Public Health England. ....	27

## R

Reynaud F. ....	45
-----------------	----

Richet-Mastain L. ....	33
Rist B. ....	44
Riviere P. ....	30
Rocha R. ....	23
Roche L. ....	21
Rococo E. ....	25
Rolland-Guillard L. ....	30
Rotar O. ....	34
Rousselon J. ....	28
Ruhm C. J. ....	27 , 28

## S

Sarda B. ....	34
Saucedo M. ....	19
Schaller J. ....	41
Serrano-Alarcon R. ....	41
Serry A. J. ....	34
Setshegesto N. ....	17

## T

Tchuente G. ....	10
The Patients association. ....	37
Thivel D. ....	21
Tilipman N. ....	17
Toft U. ....	34
Toulemon L. ....	11
Toure M. ....	25

## U

Uhry Z. ....	21
--------------	----

## V

Vall Castello J. ....	41
Valles V. ....	11
Van de Voorde C. ....	40
Vatson B. ....	29
Vidal C. ....	28
Videau Y. ....	39
Viennot M. ....	28
Vignau M. ....	33
Vincent-Geslin S. ....	22

## W

Wang H. ....	9
Winter-Ebmer R. ....	40
Wooley S. ....	23

## Y

Ye H. ....	44
------------	----

## Z

Zeltzer D. ....	18 , 25
Zhaos K. ....	26
Zhao X. ....	37