

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juillet-août 2023 / July-August 2023

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
E-santé	<i>E-Health</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaire	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Healthcare 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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé
21-23, rue des Ardennes - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • www.irdes.fr

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 11 **Les assurances maladie**
Bras P. L. et Tabuteau D.
- 11 **Partial Outsourcing of Public Programs: Evidence on Determinants of Choice in Medicare**
Cabral M., et al.
- 11 **The Relationship Between the Regulations on the Coordination of Social Security Systems and the Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare**
Costamagna F., et al.
- 11 **The Incidence of the Affordable Care Act's Dependent Coverage Mandate**
Glied S. A. et Ko H.
- 12 **The Great Equalizer: Medicare and the Geography of Consumer Financial Strain**
Goldsmith-Pinkham P., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 12 **Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?**
Bithorel P. L. et Reduron V.
- 12 **Projected Health Benefits and Health Care Savings From the United States National Hepatitis C Elimination Initiative**
Chhatwal J., et al.
- 13 **La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2023**
Cour des Comptes
- 13 **Certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Exercice 2022**
Cour des Comptes

- 13 **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore**
Cour des Comptes
- 14 **La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie**
Cour des Comptes
- 14 **Évaluation de l'efficacité des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale prévue par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale**
Gintz R., et al.
- 15 **Selection and Causal Effects in Voluntary Programs: Bundled Payments in Medicare**
Gupta A., et al.
- 15 **Expérimentation concernant l'évaluation de l'impact budgétaire des dispositifs médicaux numériques**
Haute Autorité de Santé
- 15 **The Economic Approach to Personality, Character and Virtue**
Heckman J. J., et al.

- 15 **Innovative Providers' Payment Models For Promoting Value-Based Health Systems: Start Small, Prove Value, and Scale Up**
Lindner L. et Lorenzoni L.

- 16 **Health Care Financing in Times of High Inflation**
OCDE

E-santé

E-Health

- 16 **Les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique**
Auvigne F., et al.
- 17 **Mésusage de la télémédecine**
Cnom

- 17 **Plateformes de santé : enjeux d'éthique**
Comité Consultatif National d'Éthique
- 17 **La stratégie nationale de recherche en intelligence artificielle**
Cour des Comptes
- 17 **NHS England's Protection of Patient Data**
Great Britain. Department of Health and Social Care
- 18 **La place du patient dans l'environnement numérique**
Lunel A. et Flora L.
- 18 **Feuille de route du numérique en santé 2023-2027**
Ministère chargé de la Santé

Environnement et santé *Environmental Health*

- 18 **Développement durable et RSE en établissement sanitaire et médicosocial**
Calvez C.
- 18 **Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de transformation de l'économie française : Rapport final V2**
Marraud L., et al.
- 19 **Les incidences économiques de l'action pour le climat**
Pisany-Ferry J. et Mahfouz S.
- 19 **Coût de l'inaction face au changement climatique**
Robinet A. et Delahais A.
- 20 **La soutenabilité environnementale des systèmes de santé : Bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 20 **The Environmental Sustainability of Health Care Systems. a Literature Review on the Environmental Footprint of Health Care Systems and Interventions Aiming to Reduce It – For a Framework For Action For France**
Seppanen A. V. et Or Z.
- 21 **Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Une revue de littérature et un cadre d'action pour la France**
Seppanen A. V. et Or Z.

État de santé *Health Status*

- 21 **Swallow This: Childhood and Adolescent Exposure to Fast Food Restaurants, BMI, and Cognitive Ability**
Abrahamsson S. S., et al.
- 21 **Temps d'écran de 2 à 5 ans et demi chez les enfants de la cohorte nationale Elfe**
Bernard J. Y., et al.
- 22 **The Gender Well-Being Gap**
Blanchflower D. G. et Bryson A.
- 22 **What the Covid-19 Pandemic Has Exposed the Findings of Five Global Health Workforce Professions**
Downey E., et al.
- 22 **Symptômes prolongés à la suite de la Covid-19 : état des lieux des données épidémiologiques. Analyse de la littérature**
Haute Autorité de Santé
- 23 **The Effects of Minimum Wages on (Almost) Everything? A Review of Recent Evidence on Health and Related Behaviors**
Neumark D.
- 23 **World Health Statistics 2022: Monitoring Health For the SDGs**
Organisation Mondiale de la Santé
- 23 **Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale**
Rey S., et al.

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 24 **La santé des Franciliens : Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027**
Gremy I., et al.
- 24 **Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités**
Morvan M.

Handicap *Disability*

- 25 **L'autodétermination des personnes en situation de handicap. État des lieux et mises en œuvre inspirantes**
Bec E.
- 25 **Le handicap en chiffres - Édition 2023**
Bellamy V.
- 26 **Les violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution : étude exploratoire en Belgique francophone**
El Konnadi S., et al.
- 26 **Forum européen des personnes handicapées (EDF) et inclusion Europe c. France : Décision sur le bien-fondé**
Lukas K., et al.
- 26 **Le dictionnaire du Handicap**
Zribi G. et Poupee-Fontaine D.

Hôpital *Hospital*

- 27 **Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre**
Cour des Comptes
- 27 **Randomized Regulation: The Impact of Minimum Quality Standards on Health Markets**
Bedoya G., et al.
- 27 **Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs**
Bergonzoni A., et al.
- 27 **Emergency Care Centers, Hospital Performance and Population Health**
Bhalotra S., et al.

Inégalités de santé *Health inequalities*

- 28 **Inégalités de santé. Fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale**
Arminjon M., et al.

- 28 **Immigrants et descendants d'immigrés : édition 2023**
Bodier M., et al.
- 28 **Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris Volet 1 : Offre de soins**
Boisseuil C.
- 28 **Accounting For the Widening Mortality Gap Between Adult Americans with and Without a BA**
Case A. et Deaton A.
- 29 **Inégalités des chances : ce qui compte le plus**
Dherbécourt C.
- 29 **Immigrant Assimilation in Health Care Utilisation in Spain**
Ferre J., et al.
- 29 **Rapport annuel d'activité 2021 du Défenseur des droits : Face aux droits nous sommes tous égaux**
Hedon C.
- 30 **Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres**
Le Rollan D., et al.
- 30 **Educational Inequalities in Longevity Among OECD Countries Around 2016**
Lubker C. et Murtin F.
- 30 **Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information**
Pirus C.

Médicaments *Pharmaceuticals*

- 31 **Drug Shortages: Empirical Evidence From France**
Dubois P., et al.
- 31 **Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale**
Duprat L.

Méthodologie – Statistique

Methodology-Statistics

- 31 **Expérience patient et usager**
Anap
- 32 **Données de santé en France : état des lieux et enjeux des bases de données, rôle de l'Assurance Maladie**
Cnam
- 32 **Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodologie générale et résultats de l'algorithme sur les limitations motrices ou organiques**
Espagnacq M., et al.
- 32 **Measuring Population Mental Health**
OCDE

Politique publique

Public Policy

- 33 **Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 2297) du 10 octobre 2019 sur l'évaluation de l'accès aux services publics**
Desjonquieres M. et Morel-A-L'Huissier P.

Politique de santé

Health Policy

- 33 **Avis du 8 mars 2023 : contribution de la Conférence nationale de santé à la Stratégie nationale de santé 2023-2027**
Conférence Nationale de Santé
- 33 **La qualité de vie des étudiants en santé (QVES)**
Dahan M. et Wiiktkar F.
- 34 **Rapport d'information sur l'évaluation de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie**
Fiat C. et Martin D.

- 34 **Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé**
Flamant P., et al.
- 34 **Baromètre des droits des malades 2023**
France Assos santé
- 34 **Stratégie nationale de santé : avis du Haut Conseil de la santé publique**
Haut Conseil de la santé publique
- 35 **Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique**
Haut Conseil de la santé publique
- 35 **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2ème rapport au Président de la République**
Institut National du Cancer
- 35 **Fin de vie : faire évoluer la loi ?**
Joseph D.
- 36 **Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France**
Laville M.
- 36 **L'activité physique au secours de la santé publique : Pistes de réflexion pour faire de l'activité physique un réel recours contre la sédentarité**
Querton V. et Rabes C. p.
- 36 **Atlas des expérimentations Article 51 en Ile-de-France**
Reberga A. et al.
- 36 **Rapport d'information sur la médecine scolaire et la santé à l'école**
Reda R.
- 37 **Palliative Care - an Exploratory Study of Categorisation Tools Based on Patients' Needs and Their Value For Entitlement**
Ricour C., et al.

Politique sociale

Social Policy

- 37 **Les Français souhaitent que les prestations sociales bénéficient davantage aux personnes en emploi**
Croutte P. et Taboury S.

- 37 **La protection sociale. Pour un nouveau type de développement économique et social**
Mills C.

Prévention Prevention

- 38 **Comment favoriser l'empowerment en éducation thérapeutique du patient ?**
Couralet D.
- 38 **Mesures universelles d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale**
Haut Conseil de la Santé Publique

Psychiatrie Psychiatry

- 39 **Etat des lieux national sur le fonctionnement des conseils locaux de santé mentale : édition 2023**
Charapoff S., et al.
- 39 **"There She Is, Your Ideal" Negative Social Comparisons and Health Behaviors**
Carpenter C. S. et Churchill B. F.
- 39 **Maladies mentales et sociétés XIXe-XXIe siècle**
Henckes N. et Majerus B.
- 39 **Pour une psychiatrie nouvelle. Propositions**
Lemoine P. et Cyrulnik B.
- 40 **The Re-Emerging Suicide Crisis in the U.S.: Patterns, Causes and Solutions**
Marcotte D. E. et Hansen B.
- 40 **Préférences, santé mentale, décisions d'assurance santé et inégalités dans le recours aux soins des jeunes adultes en France**
Mignon D.
- 40 **Littératie en santé mentale : de quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir**
Montagni I.
- 41 **La santé mentale des jeunes femmes fragilisée par l'épidémie du Covid : Étude du GHU Paris**
Perozziello A., et al.

- 41 **Mental Health Economics. the Costs and Benefits of Psychiatric Care**
Razzouk D.

- 41 **Promouvoir la santé mentale des étudiants : référentiel d'intervention**
Theurel A.

Soins de santé primaire Primary Health Care

- 42 **Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale**
Bergeat M., et al.
- 42 **Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant**
Davin-Casalina B., et al.
- 43 **Evaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution**
Gady-Cherrier C. et Zantman F.
- 43 **Plus de 4 500 médecins français sont partis exercer à l'étranger**
Gorreri S.
- 43 **The Hewitt Review: An Independent Review of Integrated Care Systems**
Hewitt H. P.
- 43 **Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, modifiée par le Sénat, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé**
Khattabi F.
- 44 **Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile**
Luan L. et Fournier C.
- 44 **Skill-Mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care**
Maier C. B., et al.
- 45 **Nurse Practitioner Scope of Practice and Patient Harm: Evidence From Medical Malpractice Cases and Adverse Action Reports**
Markowitz S. et Smith A. J. D.

- 45 **Independent Report on the Regulation of Advanced Practice in Nursing and Midwifery**
Palmer W., et al.
- 45 **Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. Etats des lieux et propositions concrètes**
Queneau P. et Ourabah R.
- 45 **Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011**
Simon M.
- 46 **Measuring Access to and Quality of Primary Care in Quebec: Insights From Research on Patient Enrolment Policies**
Strumpf E. C., et al.
- 46 **En finir avec le «dogme de la liberté totale d'installation» des médecins**
UFC Que choisir
- 46 **Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référent**
Vallancien G.

Systemes de santé Healthcare systems

- 47 **Czechia: Health System Review 2023**
Bryndová L., et al.
- 47 **Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins**
Cour des Comptes
- 47 **The Rise and Decline of the NHS in England 2000–20: How Political Failure Led to the Crisis in the NHS and Social Care**
Ham C.
- 48 **Systèmes de santé : une comparaison France Etats-Unis**
Jaeggy C.

Travail et santé Occupational health

- 48 **Projections de la population active à l'horizon 2080**
Bechichi N., et al.
- 48 **Comment les 40-59 ans se projettent-ils dans leur fin de carrière ?**
Berhuet S., et al.
- 49 **La prise en compte des risques professionnels dans les retraites : effets sur la santé, C2P et catégorie actives. Dossier mensuel du COR**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 49 **Reconnaissance et prise en charge des troubles psychiques liés au travail en Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Suède)**
Eurogip
- 49 **Accident de travail et télétravail dans sept pays européens**
Eurogip
- 50 **Occupational Safety and Health in Europe: State and Trends 2023**
European Agency for Safety and Health at Work
- 50 **Fin de carrière des seniors : quelles spécificités selon les métiers ?**
France stratégie
- 50 **The Relationship Between Quality of the Working Environment, Workers' Health and Well-Being: Evidence From 28 OECD Countries**
Murtin F., et al.
- 51 **Travail, santé-environnement : quels défis à relever face aux dérèglements climatiques**
Naton J. F.

Vieillesse Aging

- 51 **Les proches aidants : typologie d'une population hétérogène**
Blavet T. et Caenen Y.
- 51 **La moitié des seniors en institution a un niveau de vie compris entre 1100 et 1900 euros par mois**
Boneschi S. et Esteban L.

- 52 **Who Gets Injured at Home? Evidence From Older People in France**
Bonnal L., et al.
- 52 **La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis**
Chassang M.
- 52 **La retraite des femmes et des hommes : une réduction des écarts à poursuivre**
Cour des Comptes
- 52 **L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? Diagnostic et propositions**
Domergue L. et Rehor P.
- 53 **Réforme des retraites : une résorption partielle du déficit après 2030**
Ecalte F., et al.
- 53 **Life and Death in Long-Term Care: Are We Learning the Wrong Lessons From Covid-19?**
Grignon M. et Hothi H.
- 53 **Pénibilité du travail et retraite : une comparaison internationale des dispositifs existants**
Jolivet A.
- 54 **Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?**
Penneau A. et Or Z.

Assurance maladie

Health Insurance

► Les assurances maladie

BRAS P. L. ET TABUTEAU D.
2021

Que sais-je ? 3942. Paris : Presses Universitaires de France

Comprendre le système de santé français passe nécessairement aujourd'hui par la connaissance des missions respectives de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires privées, mutualistes et paritaires et de la manière dont elles s'articulent. L'une des raisons en est l'augmentation constante des sommes laissées à la charge des ménages, qui se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins mais aussi par l'essor des assurances maladie complémentaires. L'autre raison est l'enjeu majeur que constitue désormais la régulation des dépenses de santé. Cet ouvrage propose le premier panorama des assurances maladie en France. Il met en lumière les caractéristiques divergentes et convergentes de ces deux piliers de la protection sociale contre la maladie et éclaire ainsi les politiques de santé menées actuellement (4^e de couverture).

► Partial Outsourcing of Public Programs: Evidence on Determinants of Choice in Medicare

CABRAL M., *et al.*
2023

NBER Working Paper;31141. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w31141>

Many public programs let individuals choose between publicly provided benefits and a subsidized private alternative. We investigate the determinants of health insurance choice in Medicare—a setting with vast geographic variation in the share of individuals selecting the public option versus private alternative. We analyze insurance decisions among individuals who move to quantify the relative importance of individual-specific factors (such as preferences or income) and place-specific factors (such as local health insurance options) on insurance decisions. We find roughly 40% of the geographic variation in the share selecting private coverage is due to place-based factors, while the remainder is explained by individuals. Our findings

highlight the importance of individual factors in these decisions and may inform discussions about the use of policy to address geographic disparities..

► The Relationship Between the Regulations on the Coordination of Social Security Systems and the Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare

COSTAMAGNA F., *et al.*
2023

Luxembourg : Publications Office of the European Union

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26747&langId=ga>

After almost a decade of applying the Cross-Border Healthcare Directive 2011/24/EU, this report revisits some outstanding issues regarding cross-border healthcare in the European Union, such as the relationship between the Social Security Coordination Regulations and the Directive, information to patients and the challenges of cross-border telemedicine services.

► The Incidence of the Affordable Care Act's Dependent Coverage Mandate

GLIED S. A. ET KO H.
2023

NBER Working Paper;31220. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w31220>

Economic theory and empirical studies conclude that the cost of voluntary employer-sponsored health insurance falls on employees. However, the distribution of incidence and the mechanism through which incidence occurs have not been well-established. We provide new evidence about incidence by examining the dependent coverage mandate in the ACA, which requires group insurance to allow adult children to age 26 to remain on their parents' policies. We establish that the incidence of the mandate fell on covered employees as a group. We then consider three situations in which the benefits of this new coverage to an employee differ from the costs to an employer. First, we compare incidence where the young adult dependent is the youngest child in the family to the situation

where the child is not the youngest (so the family could add a dependent to existing family coverage). We find that incidence falls mainly on households where the newly-eligible child is the youngest in the household. Second, higher-income households face a lower tax price of coverage than do lower-income households. We find that the incidence of the mandate falls mainly on the highest income households. Finally, we find that the mandate leads to increased commuting time for parents of newly-eligible dependents.

► **The Great Equalizer: Medicare and the Geography of Consumer Financial Strain**

GOLDSMITH-PINKHAM P., *et al.*
2023

NBER Working Paper;31223. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w31223>

We use a five percent sample of Americans' credit bureau data, combined with a regression discontinuity approach, to estimate the effect of universal health insurance at age 65—when most Americans become eligible for Medicare—at the national, state, and local level. We find a 30 percent reduction in debt collections—and a two-thirds reduction in the geographic variation in collections—with limited effects on other financial outcomes. The areas that experienced larger reductions in collections debt at age 65 were concentrated in the Southern United States, and had higher shares of black residents, people with disabilities, and for-profit hospitals.

Économie de la santé

Health Economics

► **Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?**

BITHOREL P. L. ET REDURON V.
2023

Etudes Et Résultats (Drees)(1265)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/depenses-de-sante-et-restes-charge-pour-les>

En France, en 2018, les dépenses de santé s'élevaient à 2 750 euros en moyenne par patient. Elles varient cependant fortement d'un département à l'autre, de 2 290 euros en Loire-Atlantique à 3 550 euros en Haute-Corse. Ces différences s'expliquent d'abord par les structures démographiques de chaque département, la demande de soins étant fortement liée à l'âge et au sexe. Une fois corrigées de ces effets structurels, d'autres contrastes se font jour : les dépenses apparaissent plus élevées dans le quart nord-est métropolitain, le pourtour méditerranéen, la Corse et les départements d'outre-mer, et plus faibles dans l'ouest de la France. Une partie substantielle des écarts tient à des

effets de revenus (taux de pauvreté et niveau de vie des plus aisés poussent tous les deux les dépenses de soins à la hausse), mais aussi à des différences de densité médicale sur le territoire; certaines particularités tarifaires, notamment dans les DOM, jouent également. Du point de vue des patients, la géographie des inégalités territoriales de dépenses de santé

► **Projected Health Benefits and Health Care Savings From the United States National Hepatitis C Elimination Initiative**

CHHATWAL J., *et al.*
2023

NBER Working Paper;31139. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w31139>

The national hepatitis C elimination initiative provides an opportunity to dramatically expand access to hepatitis C virus (HCV) treatment and put the US on a path to eliminating hepatitis C. Our objective was to project the health benefits and cost savings of this initiative. A previously developed mathematical model

was updated to simulate trends in HCV disease burden and cost of care in the US for the next 20 years under status quo and national hepatitis C elimination initiative. Within five years, the initiative will diagnose 92.5% of all persons with HCV and cure 89.6% of HCV infection. Over 10 years, compared with the status quo, the initiative will avert 20,000 cases of hepatocellular carcinoma, 49,100 cases of diabetes, and 25,000 cases of chronic kidney disease. The initiative will also avert 24,000 deaths adding 220,000 life years. These benefits in improved health will save \$18.1 billion in direct healthcare spending, of which \$13.3 billion would accrue to the federal government. Over 20 years, the health benefits would increase by more than 2-fold and cost savings by 3-fold. The cost savings would further increase if the HCV incidence rate decreases because of rapid decline in HCV prevalence. In conclusion, the national hepatitis C elimination initiative would substantially reduce HCV-related morbidity and mortality and would reduce healthcare spending at 10 years and beyond.

► **La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2023**

COUR DES COMPTES
2023

Paris : Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>

En application de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement, la Cour rend public son rapport 2023 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Pour la première fois, ce rapport est publié au printemps en même temps que le dépôt de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, nouvellement créée. La Cour éclaire ainsi la situation financière de la sécurité sociale en 2022, notamment dans le champ des dépenses d'assurance maladie, et ses perspectives pour 2023 et les années ultérieures. Elle tire le bilan de la mise en œuvre de plusieurs réformes et mesures adoptées ces dernières années par le Parlement, et illustre par différents exemples la nécessité de rechercher une plus grande efficacité de la dépense publique dans le secteur de la sécurité sociale. Les principales thématiques abordées : finances des hôpitaux, organisation des Samu et Smur, dépenses congés maternité/paternité, fraudes aux prestations sociales, retraite des femmes et hommes, organisation et tarification des soins.

► **Certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Exercice 2022**

COUR DES COMPTES
2023

Paris : Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/certification-des-comptes-2022-du-regime-general-de-securite-sociale-et-du-cpti>

Dans ce rapport, la Cour des comptes certifie avec réserve les comptes 2022 de quatre des cinq branches de prestations du régime général, ainsi que ceux de l'activité de recouvrement. Elle refuse de certifier les comptes 2022 de la branche famille (réseau des CAF) et de la Cnaf. En effet, le montant des erreurs non corrigées par les actions de contrôle interne est beaucoup trop élevé : 5,8 Md€ de versements indus mais aussi de prestations non versées à tort ont été constatés à la fin de 2022, qui ne seront jamais régularisés. Ce montant a doublé en quatre ans. De plus, les actions de contrôle n'ont pas été adaptées à cette dégradation. Malgré ses alertes l'an dernier, la Cour n'a pas constaté d'actions de redressement de la situation à court terme et appelle la Cnaf à amplifier ses efforts pour retrouver une meilleure qualité de liquidation.

► **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore**

COUR DES COMPTES
2023

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

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>

En 2020, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat³²⁵, la Cour a examiné les actions visant à lutter contre les fraudes menées par les organismes sociaux (caisses des régimes général et agricole de sécurité sociale, Pôle emploi et organismes de gestion des retraites complémentaires des salariés) et leurs autorités de tutelle. La Cour a alors souligné la lenteur des progrès intervenus et formulé 15 recommandations afin de changer l'échelle de ces actions. Également en septembre 2020, une commission d'enquête de l'Assemblée nationale a émis 55 recommandations concernant la sécurité sociale. Compte tenu des enjeux civiques et financiers liés aux fraudes aux prestations, la Cour a souhaité examiner rapidement les suites données à ses recommandations, notamment par les dernières lois de financement de la sécurité

sociale, et porter une appréciation actualisée sur les actions visant à lutter contre les fraudes. Depuis 2020, la lutte contre les fraudes aux prestations a été relancée (I). Malgré les progrès intervenus, à confirmer, le nécessaire changement d'échelle des actions visant à mieux prévenir détecter et sanctionner les fraudes reste en grande partie à réaliser (II).

► **La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie**

COUR DES COMPTES

2023

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

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>

Confrontée à la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, la France, comme la plupart des pays européens, peut agir sur plusieurs leviers : sur le volume des actes de soins, sur leur tarification, sur la réduction du nombre d'actes et de produits non justifiés au regard des « données acquises de la science », ou pour lesquels il existe, à efficacité égale, des actes et des produits de moindre coût. C'est la « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé, dans le sens premier qui lui a été donné avant qu'elle soit englobée dans la notion plus large de « gestion du risque » par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Présentée comme l'un des principaux garants du respect de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam), la maîtrise médicalisée a donc pour objectif de réduire les dépenses de santé inutiles, redondantes, voire délétères, sans porter atteinte à la qualité des soins nécessaires. Cette forme de régulation des dépenses ne contrevient pas au principe de liberté dont jouissent les médecins dans leurs actes et prescriptions, les médecins étant déjà tenus d'observer « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ». Elle se concrétise, essentiellement, par des mesures incitatives visant à améliorer les prescriptions. La mise en œuvre de la maîtrise médicalisée est délicate et le chiffrage de ses effets, recherchés et constatés, repose sur des estimations insuffisamment robustes et par trop optimistes (I). Au regard des bénéfices attendus, moins de dépense pour davantage d'efficacité, les actions développées et les moyens mobilisés ne sont pas à la hauteur des enjeux. Le renforcement des actions et des moyens de la maîtrise médicalisée est indispensable pour apporter les gains d'efficacité escomptés (II).

► **Évaluation de l'efficacité des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale prévue par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale**

GINTZ R., *et al.*

2023

Paris IGF, Paris Igas

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_niches_sociales.pdf

Les mesures de réduction des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale sont nombreuses, disparates et aux enjeux financiers conséquents pour la sécurité sociale ou l'Etat lorsqu'il compense le manque à gagner. La loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale porte de nouvelles exigences d'évaluation triennale de l'ensemble de ces mesures. Le rapport de l'Igas et de l'IGF fait des recommandations méthodologiques pour satisfaire ces exigences. La mission précise en premier lieu les notions d'évaluation et propose un cadre d'identification des mesures qui pourraient être soumises à cette nouvelle obligation, tout en invitant le Gouvernement à échanger avec le Parlement pour déterminer le périmètre des mesures à évaluer. La mission recommande ensuite d'améliorer l'information communiquée au Parlement, en s'appuyant sur une grille d'analyse commune à l'ensemble des mesures, facilitant leur mise en perspective et l'appréciation des enjeux qui leur sont propres. Constatant que les évaluations existantes ne couvrent qu'une partie minoritaire en nombre des mesures concernées, la mission recommande de mettre en place une organisation dédiée, s'appuyant sur l'élaboration d'un programme triennal, à même de permettre au Gouvernement de satisfaire dans la durée aux nouvelles exigences d'évaluation. Au vu du nombre de mesures à évaluer, la mission souligne la nécessité de proportionner les modalités d'évaluation aux enjeux. Pour un nombre limité de mesures aux enjeux les plus forts, l'organisation et la réalisation d'évaluations approfondies pourraient être confiées à des comités d'évaluation partenariaux ou d'expertise, mobilisant l'ensemble des compétences administratives et autant que possible la recherche, notamment pour développer des études microéconomiques d'impact causal. Enfin, les évaluations produites et leurs principaux enseignements devraient être rendus publics et des efforts doivent continuer à être déployés pour faciliter l'accès des chercheurs aux données individuelles, particulièrement celles issues de la déclaration sociale nominative.

► **Selection and Causal Effects in Voluntary Programs: Bundled Payments in Medicare**

GUPTA A., *et al.*
2023

NBER Working Paper;31256. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w31256>

Voluntary participation is a central feature of reforms being tested across US healthcare. Allowing choice can enhance effects if participants sort on unobserved treatment gains. However, selection may also bias program evaluation, misleading policymakers. We study this trade-off in the case of a national reform to reduce spending on surgeries. We exploit variation due to idiosyncratic program rules to instrument for participation. We detect considerable treatment effect heterogeneity but no evidence for sorting on treatment gains. In contrast, there is substantial selection on untreated outcomes in an unexpected direction, leading the difference in differences estimator to understate the causal effect.

► **Expérimentation concernant l'évaluation de l'impact budgétaire des dispositifs médicaux numériques**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2022

Saint Denis HAS
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/guide_pour_lexperimentation_de_levaluation_de_limpact_budgetaire_des_dispositifs_medicaux_numeriques.pdf

Chargée d'évaluer les dispositifs médicaux numériques (DMN), la HAS met en place une expérimentation de trois ans sur leur évaluation médico-économique. Les industriels volontaires sont invités à valoriser les économies revendiquées de leurs solutions sur l'organisation du système de santé par le biais d'une analyse d'impact budgétaire.

► **The Economic Approach to Personality, Character and Virtue**

HECKMAN J. J., *et al.*
2023

NBER Working Paper;31258. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w31258>

This chapter presents an economic approach to character and personality traits with an application to the study of virtue. Economists interpret psychological traits, including character traits and virtue, as strategies that shape responses to situations (actions) determined by underlying endowments, preferences and resources, as well as incentives to act in situations. Philosophers of virtue consider a more limited set of goals than economists but the same tools can be applied to the economics of virtue ethics. Character traits and personality are not considered immutable in either field. They are shaped by genetics, parents, peers, and schools, as well as life experiences. We develop economic models to interpret and give empirical content to virtue ethics and suggest what virtue ethics contributes to the study of economic models.

► **Innovative Providers' Payment Models For Promoting Value-Based Health Systems: Start Small, Prove Value, and Scale Up**

LINDNER L. ET LORENZONI L.
2023

OECD Health Working Papers ; 154. Paris OCDE.
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/627fe490-en.pdf>

Innovative providers' payment models represent an important policy lever that could be used to promote value-based health systems. By bundling services across the continuum of care or to target acute events or chronic conditions, innovative payment models set financial incentives for providers to increase efficiency in service delivery, improve health outcomes and enhance patient experience with care. This paper offers insights on value-based payment models, a type of innovative payment model implemented in several OECD countries and reviews the publicly available evidence on the impact of those payment models on value. Innovative payment models tend to be exceptional and small-scale compared to activity-based payment models and have been extensively piloted in the United States while implementation and evaluation in other countries is limited. The publicly available empirical evidence points to modest efficiency and quality

gains from value-based payment models. Impact on healthcare spending, outcomes and patient experience varies across programmes. Given the significant variation in the key features of value-based payment models and the context-specific issues they address, those models do not offer a one-size-fits-all solution. This paper outlines several intervention points that policy makers need to consider when designing and implementing value-based payment models to maximise their positive outcome.

► **Health Care Financing in Times of High Inflation**

OCDE

2023

Focus On.

<https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>

The response to the pandemic increased health spending in OECD countries in 2020 and 2021, while highlighting the need for further investments to guard against future shocks. OECD countries now face competing calls on public finances while inflation is at its highest level for decades. This policy brief discusses the impact on health care costs and the options open to increase health spending in the future.

E-santé

E-Health

► **Les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique**

AUVIGNE F., *et al.*

2023

Paris Igas

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/carte_vitale_biometrique.pdf

A la suite d'un amendement sénatorial visant à mettre en place une carte Vitale « biométrique » pour lutter contre la fraude sociale, l'Igas et l'IGF ont été chargées d'en étudier la faisabilité. De manière générale, la fraude constatée (env. 0,1 % des prestations versées) est significativement inférieure à la fraude estimée (entre 3 et 5 %). Elle est pour l'essentiel le fait des professionnels et établissements de santé (pour environ les trois quarts des montants détectés). Parmi les actes de fraude imputables aux assurés, la fraude à l'identité (c'est-à-dire à la carte Vitale) est résiduelle. Le stock de millions de cartes surnuméraires qui existaient au début des années 2010 a été apuré et réduit à un millier à fin septembre 2022. Les mesures prises pour éviter qu'il ne se reconstitue et empêcher des consommations de soins sont appropriées. Par conséquent, le caractère proportionné du recours à la biométrie dans un objectif de lutte contre la fraude paraît difficile à établir, faisant peser un risque juridique majeur si cette solution était retenue. De plus, son coût estimé (plus d'1Md€, qu'il s'agisse du scénario « empreintes

digitales » ou « reconnaissance faciale ») n'apparaît pas proportionné à la fraude ainsi évitée. La mise en œuvre d'un contrôle biométrique, rejeté par les professionnels de santé, et appliqué à la population entière dans le cas particulier de l'accès aux soins et de la facturation des frais de santé, aurait pour inconvénients majeurs d'exclure une partie des assurés légitimes (a minima plusieurs centaines de milliers de personnes), rendant indispensables certaines adaptations limitant la portée du contrôle (pharmacies...), compliquant les formalités d'admission en établissement, et créant un risque de compromission d'une donnée personnelle non révocable. En revanche, l'inscription du NIR sur la CNle ou les titres de séjour permettrait de répondre à un triple objectif de lutte contre la fraude, de protection de la santé publique (en facilitant la mise en œuvre des mesures d'identitovigilance) et de simplification administrative, tant pour les usagers (une seule démarche, résolution des difficultés liées à la gestion des mineurs) que pour les professionnels de santé (même matériel que pour l'application Carte Vitale, diminution du taux de rejets), qui s'y sont généralement montré favorables. Le remplacement de la carte Vitale par ces supports électroniques sécurisés s'inscrirait en outre en cohérence avec le déploiement de l'application carte Vitale (ApCV), puisqu'elle partagerait son architecture (téléservice ADRI), et les mêmes matériels (lecteur NFC).

► Mésusage de la télémédecine

CNOM

2023

Paris Cnom,

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf

Tenant compte de plus de 10 années d'observation sur la pratique de la télémédecine (depuis la première réglementation de la télémédecine en 2010), de 2 années de généralisation progressive de cette pratique depuis l'allègement des contraintes réglementaires et le remboursement des téléconsultations (2018) ainsi que de l'accélération du recours aux téléconsultations liée à la pandémie, le Conseil national a délibéré au cours des sessions du 11 décembre 2020, du 8 octobre 2021, du 4 février 2022 et du 31 mars 2023, sur le caractère déontologique ou plutôt non déontologique de certaines pratiques de téléconsultation. Cette approche ne doit pas occulter le bénéfice que la télémédecine peut apporter dans la pratique médicale.

► Plateformes de santé : enjeux d'éthique

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

2023

Paris CCNE

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-143-du-ccne-et-5-du-cnpen-plateformes-de-donnees-de-sante-enjeux-dethique>

Le comité consultatif national d'éthique et le comité national pilote d'éthique du numérique font vingt et une recommandations dans un avis sur les enjeux éthiques des plateformes de données de santé. Parmi eux, la notion du consentement des patients qui doit concilier respect de la vie privée et participation à l'intérêt commun de santé publique.

► La stratégie nationale de recherche en intelligence artificielle

COUR DES COMPTES

2023

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-04/20230403-strategie-nationale-recherche-intelligence-artificielle.pdf>

L'intelligence artificielle (IA), qui ambitionne de reproduire l'intelligence humaine par l'utilisation de l'informatique et des mathématiques, a émergé dès les années 1950, sous l'influence notamment des travaux d'Alan Turing. Selon l'OCDE, les start-up spécialisées dans l'IA ont attiré près de 12 % du capital-investissement mondial au cours du premier semestre de 2018, par rapport à 3 % en 2011. Les publications de recherche ont connu une tendance similaire, avec plus de 1,2 million de publications en 2019 contre moins de 40 000 en 2010. Par conséquent, l'IA est devenue une priorité croissante des autorités publiques. L'adoption depuis 2017 par de nombreux États de plans nationaux pour encourager son développement en témoigne. En France, une stratégie nationale pour l'intelligence artificielle (SNIA) a été lancée en mars 2018, initialement dotée de 1 527 M€ de financements publics pour la période 2018-2022, suivie, en novembre 2021, par une nouvelle phase dite d'« accélération » annoncée pour la période 2022-2025, avec comme objectif de renforcer la compétitivité et l'attractivité de la France dans ce domaine. Ce rapport constitue une évaluation itinéraire de la SNIA, qui porte sur les volets « recherche » et « enseignement supérieur », soit les principaux volets en matière de financement.

► NHS England's Protection of Patient Data

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE

2023

London DHSC

<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-englands-protection-of-patient-data/nhs-englands-protection-of-patient-data>

One of the recommendations from 'Putting data, digital and tech at the heart of transforming the NHS' focused on establishing a single, central authority responsible for all elements of digital technology, data and transformation across the NHS. This guidance outlines how NHS England will be carrying out the statutory functions that have been transferred from NHS Digital, as of 1 February 2023

► **La place du patient dans l'environnement numérique**

LUNEL A. ET FLORA L.
2023

**Journal de Droit de la Santé et de l' Assurance
Maladie(36): 9-69.**

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n36-avril-2023/>

Ce numéro est consacré à la place du patient dans l'environnement numérique. Il met en évidence l'impact pour le patient de la digitalisation de notre système de santé. Les contributions ici reproduites permettent de prendre la mesure des risques générés par cette évolution mais aussi de montrer que le patient doit savoir se saisir des opportunités offertes pour devenir acteur de sa santé.

► **Feuille de route du numérique en santé 2023-2027**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2023

Paris Ministère chargé de la santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_du_numerique_en_sante_2023-2027.pdf

Portée par la Délégation au numérique en santé (DNS), sous l'impulsion des ministres, en lien avec ses partenaires - Assurance Maladie, Agence du numérique en santé (ANS), etc. - et l'ensemble des acteurs de l'écosystème, la nouvelle feuille de route précise les prochaines priorités et les chantiers à mener à l'horizon 2027. Fruit de plusieurs mois de concertation, elle s'est notamment appuyée sur un tour des régions en 18 étapes. La feuille de route repose sur le respect de valeurs cardinales : l'éthique, la souveraineté et la durabilité. Elle est un véritable programme d'action collective organisé autour de 4 axes (Prévention, Prise en charge, Accès à la santé, Cadre propice) et de 18 priorités elles-mêmes divisées en 65 objectifs concrets, mesurables, avec une date et un porteur clairement identifiés.

Environmental Health

► **Développement durable et RSE en établissement sanitaire et médicosocial**

CALVEZ C.
2023

Rennes : Ehesp

<https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=810>

La démarche de développement durable pour un établissement sanitaire ou médico-social s'appuie sur plusieurs outils réglementaires ou conventionnels (certification HAS, normes ISO...) et touche à de nombreux domaines d'activité : écoconstruction, déchet, énergie, transport, management, etc. Ce dossier propose une sélection de documents autour de ces différentes thématiques ainsi qu'une liste de sites institutionnels ou associatifs pour approfondir sa recherche. Cette bibliographie est loin d'être exhaustive.

► **Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de transformation de l'économie française : Rapport final V2**

MARRAUD L., *et al.*
2023

Paris Shift Project

https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf

La version 2021 de ce rapport évaluait les émissions du secteur de la Santé à plus de 46 millions de tonnes de CO2 équivalent. Avec des méthodes de calcul, données et hypothèses plus précises, cette mise à jour 2023 de l'étude estime dorénavant l'empreinte carbone du secteur de la santé autour de 49 millions de tonnes de CO2 équivalent. Néanmoins, la conclusion demeure fondamentalement inchangée : les émissions générées par le secteur de la santé sont significatives et il est urgent de planifier et d'engager une transition

Environnement et santé

écologique majeure pour ce secteur. Les recommandations formulées en 2021 demeurent en grande partie inchangées. Celles-ci restent même insuffisantes pour atteindre l'objectif de réduction de 80 % des émissions, énoncé dans les Accords de Paris : des travaux complémentaires sont donc nécessaires. Afin de s'inscrire dans le périmètre du secteur sanitaire décrit par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de faciliter les comparaisons internationales, l'étude prend désormais en compte les émissions générées par les administrations publiques du secteur, l'assurance maladie et les compléments santé. Toutefois, cette extension ne modifie que marginalement nos résultats agrégés, ces pans du secteur de la santé n'étant responsables que d'environ 1 % des émissions du secteur. Afin d'obtenir une vision complète de l'empreinte carbone du secteur, le bilan carbone a été renforcé : correction d'hypothèses; mise à jour de données; prise en compte d'éléments auparavant laissés de côté (traitement du linge, inhalateurs-doseurs, transports d'urgences, transports sanitaires, gaz frigorigènes), accompagnée des mesures de décarbonation associées. Les données relatives aux émissions de gaz à effet de serre peuvent être sujettes à une certaine incertitude. Pour prendre en compte cette incertitude inhérente, une étude approfondie a été menée en suivant les recommandations du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC)2F 3. Les résultats de cette enquête permettent d'affirmer que les émissions du secteur de la santé se situent entre 40 et 61 MtCO₂e, soit entre 6,6 % et 10 % de l'empreinte carbone de la France. L'étude propose donc une répartition des émissions de GES de la santé entre établissements hospitaliers, médecine de ville, établissements et services pour personnes âgées, établissements et services pour adultes et enfant handicapés, administration publique et complémentaire de santé. Enfin, pour accompagner ce rapport, une note technique comparant et analysant les différents facteurs d'émission monétaires des médicaments est mise à disposition sur <https://theshift-project.org/article/decarboner-sante-rapport-2023/>

► **Les incidences économiques de l'action pour le climat**

PISANY-FERRY J. ET MAHFOUZ S.

2023

Paris France stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/incidences-economiques-de-laction-climat>

Compte tenu du rythme et de l'ampleur de l'effort à

fournir dans la lutte contre le réchauffement climatique, il devient indispensable de prendre en compte dès maintenant son impact sur l'économie. La Première ministre a confié à Jean Pisani-Ferry une mission d'évaluation des impacts macroéconomiques de la transition écologique, dont France Stratégie assure le secrétariat et qui bénéficie de l'appui de l'Inspection générale des finances. Le rapport de synthèse publié aujourd'hui vise à améliorer la compréhension des impacts macroéconomiques de la transition climatique, en sorte que les décisions qui vont devoir être prises soient « le mieux informées possible ».

► **Coût de l'inaction face au changement climatique**

ROBINET A. ET DELAHAIS A.

2023

Paris France stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/cout-de-linaction-face-changement-climatique-france-sait>

Que sait-on des coûts engendrés par le changement climatique à l'échelle nationale? L'évaluation qualitative et quantitative des risques climatiques en France s'est considérablement enrichie depuis la dernière vision synthétique présentée par l'Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique en 2009. Ce document de travail fait le point sur les enjeux méthodologiques relatifs à ces évaluations puis revient sur les éléments de quantification disponibles dans la littérature institutionnelle française, sous la forme de dix fiches sectorielles : ressource en eau, agriculture, forêt, risques littoraux, biodiversité, énergie (offre et demande d'électricité), infrastructures et réseaux, bâtiments, tourisme, santé. Il s'agit d'une vision à date de la littérature « grise » contribuant à la décision publique, et non d'une revue complète de la littérature scientifique récente en matière de risque climatique (un tel travail serait pertinent par ailleurs). Il apparaît qu'une estimation fine, par secteur ou par territoire – dans le cadre d'une approche plus systémique –, reste encore un défi : l'hétérogénéité des horizons de temps et des scénarios climatiques retenus rend difficile la comparaison entre travaux et plusieurs risques identifiés qualitativement demeurent peu quantifiés. Dans beaucoup de cas, les évaluations sectorielles ne permettent pas de dégager un ordre de grandeur du coût des dommages. Le pilotage de l'évaluation des risques climatiques gagnerait à être renforcé, afin notamment de définir un cadre méthodologique d'évaluation conçu explicitement pour orienter les politiques publiques

et provoquer l'action. Dans ce contexte, les liens pouvant exister entre atténuation et adaptation devront être pris en compte. La connaissance des impacts du changement climatique doit être améliorée à tous les maillons de la chaîne de causalité, et en priorité à la maille territoriale, dans la perspective de piloter les politiques d'adaptation élaborées en grande partie à cette échelle. Les données collectées localement pourront servir de base à la construction d'une vision de la vulnérabilité nationale aux effets du changement climatique, vision pouvant s'appuyer sur un cadre méthodologique commun. Cependant, au regard de la complexité des transformations envisagées, les choix de politique publique devront se montrer robustes face aux incertitudes intrinsèques aux différents exercices de prospective. En tout état de cause, les besoins en matière d'évaluation des impacts ne doivent pas retarder la mise en œuvre des actions d'adaptation : dès lors que des actions dites « sans regret » ont pu être identifiées, celles-ci peuvent être déployées sans délai.

► **La soutenabilité environnementale des systèmes de santé : Bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2023

Synthèses & Bibliographies Irdes. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

Le système de santé est essentiel à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la société et est un des facteurs clés du développement économique. Cependant, les activités du système de santé ont également des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au changement climatique. Elles sont responsables d'environ 5 % du total des émissions mondiales de gaz à effet de serre - une contribution qui pourrait tripler d'ici 2050, compte tenu du vieillissement de la population et des besoins de soins qui continuent à croître. Une littérature de plus en plus abondante est disponible pour comprendre les stratégies de transformation des systèmes de santé ; plusieurs études ont montré qu'il était possible de privilégier et d'améliorer simultanément la santé et l'environnement, ainsi que réaliser des économies importantes. Par conséquent, la transition environnementale du système de santé est considérée comme une nécessité. Outre la réduction de l'empreinte écologique, la soutenabilité environnementale du système de santé implique d'améliorer simultanément

le bien-être sociétal et environnemental. Cependant, ce sujet a été peu développé dans les stratégies visant à faire évoluer le système de santé en France. Réalisée dans le cadre du projet Environnement - Système de santé dont l'objectif est d'étudier l'impact des systèmes de santé sur l'environnement, cette bibliographie rassemble de la littérature scientifique identifiée à partir de l'interrogation des bases de données et portails suivants : Medline, Irdes, Cairn, Science direct, Web of science, Google Scholar sur les aspects suivants : impact des systèmes de santé sur l'environnement et interventions mises en œuvre pour juguler ces effets négatifs.

► **The Environmental Sustainability of Health Care Systems. a Literature Review on the Environmental Footprint of Health Care Systems and Interventions Aiming to Reduce It – For a Framework For Action For France**

SEPPANEN A. V. ET OR Z.

2023

Paris : Irdes. Les rapports de l'Irdes ; 586.

<https://www.irdes.fr/english/reports/586-the-environmental-sustainability-of-health-care-systems.pdf>

Le réchauffement climatique constitue une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé. En même temps, les activités de soins ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au réchauffement climatique. Le rôle joué par les soins dans ce phénomène reste néanmoins largement sous-estimé dans les politiques publiques. Il est donc urgent d'identifier les mesures susceptibles de réduire l'impact environnemental du système de santé, et de développer des stratégies visant à garantir sa soutenabilité environnementale. Ce rapport, mené par l'Irdes en partenariat avec le secrétariat général du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), présente les résultats de deux revues de littérature complémentaires : la première propose un panorama des principales sources de pollution et des principaux domaines du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique ; la seconde identifie un échantillon représentatif des mesures mises en œuvre dans les pays industrialisés – et leur impact estimé – pour réduire l'empreinte écologique des activités de soins. A partir des résultats de ces deux revues de littérature, nous proposons un cadre d'action holistique visant à améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé en France. Ce rapport, rédigé en anglais, propose une synthèse en français.

► **Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Une revue de littérature et un cadre d'action pour la France**

SEPPANEN A. V. ET OR Z.

2023

Questions d'économie de La Santé (Irdes)(278).

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/278-comment-ameliorer-la-soutenabilite-environnementale-des-systemes-de-sante.pdf>

Le réchauffement climatique constitue une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé. En même temps, les activités du système de santé ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent à l'empreinte écologique. Ce phénomène restant largement sous-estimé dans les

politiques publiques, il apparaît urgent d'identifier les modes d'action susceptibles de réduire les émissions de gaz à effet de serre du système de santé, et de développer des stratégies visant à garantir sa soutenabilité environnementale. Notre étude s'appuie sur les résultats de deux revues de littérature internationale : la première identifie les principales sources de pollution et les principaux domaines du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique, et la seconde présente un échantillon représentatif des mesures mises en oeuvre dans les pays industrialisés, et leur impact estimé, pour réduire l'empreinte écologique. À partir des résultats de ces deux revues, nous proposons un cadre d'action holistique pour la France, où les activités de santé contribuent à près de 8 % des émissions nationales de carbone.

État de santé

Health Status

► **Swallow This: Childhood and Adolescent Exposure to Fast Food Restaurants, BMI, and Cognitive Ability**

ABRAHAMSSON S. S., *et al.*

2023

NBER Working Paper;31226. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w31226>

Using spatial and temporal variation in openings of fast food restaurants in Norway between 1980 and 2007, we study the effects of changes in the supply of high caloric nutrition on the health and cognitive ability of young adult males. Our results indicate that exposure to these establishments during childhood and adolescence increases BMI and has negative effects on cognition. Heterogeneity analysis does not reveal meaningful differences in the effects across groups, including for those with adverse prenatal health or high paternal BMI, an exception being that cognition is only affected by exposure at ages 0--12 and this effect is mediated by paternal education.

► **Temps d'écran de 2 à 5 ans et demi chez les enfants de la cohorte nationale Elfe**

BERNARD J. Y., *et al.*

2023

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(6): 98-105

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-12-avril-2023-n-6>

Le temps passé par les enfants devant les écrans a augmenté ces dernières années en France, comme en témoignent diverses enquêtes transversales répétées. Cependant, il n'existe à l'échelle nationale aucune donnée longitudinale, en particulier pour les moins de 3 ans. À partir des données de la cohorte Elfe, nous décrivons le temps d'écran, total et par type d'écran, des enfants suivis à 2 ans, 3 ans et demi et 5 ans et demi. Nous mettons également en avant des disparités selon la région d'habitation de la famille, son histoire et son origine migratoires, le niveau d'études de la mère et le sexe de l'enfant. Après pondération des données, le temps d'écran quotidien était en moyenne de 56 min (intervalle de confiance à 95 % : [55-58]) à 2 ans, 1h20 [1h18-1h22] à 3 ans et demi et 1h34 [1h32-1h36] à 5 ans et demi. Ces temps étaient corrélés positivement (0,50 entre 2 et 3 ans et demi;

0,67 entre 3 ans et demi et 5 ans et demi), démontrant une persistance individuelle de l'utilisation au cours du temps. Dans l'ensemble, les temps d'écran étaient plus élevés chez les familles ayant des origines immigrées, ou un niveau d'études de la mère faible. Des disparités régionales étaient aussi observées. Enfin, si aucune différence entre garçons et filles n'était observée à 2 ans, les garçons utilisaient les écrans 10 minutes de plus que les filles à 5 ans et demi. Cette étude décrit pour la première fois à l'échelle nationale et de façon longitudinale le temps passé par les jeunes enfants devant les écrans. Elle permettra de mieux cibler les familles et les contextes où ce temps excède les recommandations.

► **The Gender Well-Being Gap**

BLANCHFLOWER D. G. ET BRYSON A.

2023

NBER Working Paper;31212. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w31212>

Given recent controversies about the existence of a gender wellbeing gap we revisit the issue estimating gender differences across 55 subjective well-being metrics – 37 positive affect and 18 negative affect – contained in 8 cross-country surveys from 167 countries across the world, two US surveys covering multiple years and a survey for Canada. We find women score more highly than men on all negative affect measures and lower than men on all but three positive affect metrics, confirming a gender wellbeing gap. The gap is apparent across countries and time and is robust to the inclusion of exogenous covariates (age, age squared, time and location fixed effects). It is also robust to conditioning on a wider set of potentially endogenous variables. However, when one examines the three 'global' wellbeing metrics - happiness, life satisfaction and Cantril's Ladder - women are either similar to or 'happier' than men. This finding is insensitive to which controls are included and varies little over time. The difference does not seem to arise from measurement or seasonality as the variables are taken from the same surveys and frequently measured in the same way. The concern here though is that this is inconsistent with objective data where men have lower life expectancy and are more likely to die from suicide, drug overdoses and other diseases. This is the true paradox – morbidity doesn't match mortality by gender. Women say they are less cheerful and calm, more depressed, and lonely, but happier and more satisfied with their lives, than men.

► **What the Covid-19 Pandemic Has Exposed the Findings of Five Global Health Workforce Professions**

DOWNEY E., *et al.*

2023

Genève OMS, G.

<https://www.icn.ch/system/files/2023-03/WHO-WHPA%20Covid%20impact%20on%20the%20professions.pdf>

This report reveals the extent of the physical and psychological damage done to healthcare professionals during the Covid-19 pandemic because the health systems they worked in failed to protect them. It pulls together evidence of the impact of the pandemic from the WHPA's five members, FDI World Dental Federation, the International Pharmaceutical Federation (FIP), the International Council of Nurses (ICN), World Physiotherapy and the World Medical Association (WMA), which in total represent 41 million healthcare professionals.

► **Symptômes prolongés à la suite de la Covid-19 : état des lieux des données épidémiologiques. Analyse de la littérature**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2023

Saint Denis Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3427623/fr/symptomes-prolonges-a-la-suite-de-la-covid-19-etat-des-lieux-des-donnees-epidemiologiques

Dans le cadre de la situation épidémique de stade 3 vis-à-vis du SARS-Cov-2 qu'a connue la France en 2020, la HAS a élaboré une méthode de réponse rapide aux demandes du ministère des Solidarités et de la Santé, des professionnels de santé et/ou des associations d'usagers du système de santé agréées pour une prise de position devant ces situations urgentes. Sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, ces réponses rapides sont élaborées collectivement entre la Haute Autorité de santé et les experts proposés par les CNP, les sociétés savantes et les associations d'usagers. Elles ont évolué en fonction de nouvelles données. Dès février 2021, la HAS a publié des réponses rapides sur le diagnostic et la prise en charge des personnes présentant des symptômes prolongés faisant suite à une Covid-19. Elles sont régulièrement mises à jour dans l'attente de l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur ce sujet. L'argumentaire scientifique d'une recommandation de

bonne pratique est basé sur une recherche documentaire et une analyse critique de la littérature. A cette fin, la HAS travaille à l'analyse de cette littérature dans plusieurs axes : les données épidémiologiques, les mécanismes physiopathologiques, le parcours de soins, le traitement. Elle met à disposition ce premier volet qui est un état des lieux des données épidémiologiques; il sera régulièrement mis à jour.

► **The Effects of Minimum Wages on (Almost) Everything? A Review of Recent Evidence on Health and Related Behaviors**

NEUMARK D.
2023

NBER Working Paper;31191. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w31191>

The effects of minimum wages on employment, wages, earnings, and incomes, have been studied and debated for decades. In recent years, however, researchers have turned to the effects on a multitude of other behaviors and outcomes – largely related to health. I review and assess the large and growing body of evidence on minimum wage effects on a wide variety of health outcomes and health-related behaviors. The evidence on overall physical health is mixed. The findings on diet and obesity either point to beneficial or null effects, but not negative effects, while other evidence indicates that higher minimum wages increase smoking and reduce exercise. The evidence for mental health is ambiguous, with somewhat more studies finding no impact than finding a positive impact (but none finding a negative impact). And the evidence for suicide points clearly to beneficial effects of higher minimum wages. Studies on family structure and children point in different directions, with evidence that mothers spend more time with children, no clear indication of changes in treatment of children, but declines in children's test scores. The evidence generally points to minimum wages increasing risky behavior (drinking and smoking). Evidence on the effects of minimum wages on crime is mixed. The best evidence on employer-provided health insurance is more adverse, although Medicaid expansions under the Affordable Care Act (ACA) may have mitigated this influence, and there is not clear evidence of greater unmet medical needs. Other evidence suggests that higher minimum wages may affect health adversely via different channels.

► **World Health Statistics 2022: Monitoring Health For the SDGs**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2023

Genève OMS

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1435584/retrieve>

WHO's World health statistics 2022 includes an analysis of the epidemiological evolution of the pandemic over the last two years, including the impact of excess mortality, along with a summary of disruptions to health services worldwide. The report also presents the latest data for more than 50 health-related indicators for the Sustainable Development Goals and WHO's "Triple Billion" targets, and provides comprehensive country-level statistics for both burden of disease and service delivery for the first year of the pandemic. It shows overall increases in life expectancy and healthy life expectancy over the last 20 years, as a result of reductions in maternal and child mortality and in premature mortality due to noncommunicable diseases, which have both had a positive impact on global health. The report also includes data on the two main indicators for universal health coverage: the extent to which people have access to essential health services; and the extent to which they face financial hardship as a result of having to pay for those services out of their own pockets.

► **Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale**

REY S., *et al.*
2023

Etudes Et Résultats (Drees). (1269).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1269.pdf>

L'Enquête santé européenne EHIS a fourni en 2019 une mesure de la littératie en santé en France. Cette notion représente l'ensemble des compétences et des connaissances permettant à une personne d'accéder aux informations nécessaires à sa santé, de les utiliser, de les comprendre et de les évaluer. En France métropolitaine, environ 11 % des personnes ont des difficultés en littératie en santé. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), cette proportion varierait de 18 % en Guadeloupe à 60 % à Mayotte si ces territoires avaient la même structure d'âge que la France métropolitaine. Les difficultés en littératie en santé sont plus répandues parmi les seniors de plus de 75

ans. Elles le sont aussi chez les plus modestes et les moins diplômés. Ces résultats sont plus marqués dans les DROM, en particulier à Mayotte et en Guyane. En France métropolitaine, près d'un tiers des personnes déclarant un mauvais état de santé ont des difficultés en littératie en santé, soit trois fois plus que l'ensemble de la population. En outre, le lien établi entre faible

niveau d'études et mauvais état de santé transite pour partie par une faible littératie en santé. Au vu de ces résultats, la littératie en santé ressort comme une dimension indispensable à prendre en compte si l'on veut lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé en France.

Géographie de la santé

Geography of Health

► La santé des Franciliens : Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027

GREMY I., *et al.*

2023

Paris ORSIF

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorage/user_upload/La_sante_des_Franciliens_vd.pdf

A l'occasion de l'élaboration du troisième projet régional de santé 2023-2027, l'ORS réalise un diagnostic sur l'état des lieux de la santé des Franciliens. En neuf chapitres, cette publication propose un panorama complet à partir des données les plus récentes et disponibles.

► Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités

MORVAN M.

2023

Focus Cohésion.

https://www.intercommunalites.fr/app/uploads/2023/04/2023_focus-Sante_V6.pdf

Tensions sur la démographie médicale, déséquilibre entre médecine de ville et hôpital entraînant l'engorgement de ce dernier, fermetures d'unités de proximité, population vieillissante... Ces conséquences de plusieurs années d'une organisation gestionnaire et en silos de notre système de santé sont désormais connues par la quasi-totalité des territoires. Certains ont engagé des démarches de longue date pour pallier les urgences, répondre aux besoins des habitants, garantir une continuité de l'accessibilité aux soins, voire développer une culture de la prévention à leur échelle. A partir du retour d'expériences de six intercommunalités aux profils différents, le focus investigue : les étapes de la construction d'une stratégie en santé à l'échelle intercommunale; le rôle de l'intercommunalité dans le cadre actuel d'intervention; le développement d'une vision intégrée de la santé globale au sein des politiques publiques intercommunales.

Disability

► L'autodétermination des personnes en situation de handicap. État des lieux et mises en œuvre inspirantes

BEC E.

2023

Toulouse : C.R.E.A.I.-O.R.S. Occitanie.

<https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/03/Autodetermination-des-personnes-en-situation-de-handicap-VF.pdf>

L'autodétermination est un élément clé de l'inclusion sociale. Reconnaître que chaque individu a le droit d'être acteur de sa vie dans la juste mesure de ses capacités, c'est lui donner une place citoyenne pleine et entière. Le concept d'autodétermination s'applique à tout le monde, à tout moment de la vie et quelles que soient ses capacités. C'est un concept universel, qui s'inscrit dans les grands projets comme dans les moments du quotidien. L'autodétermination est une notion dont la prise en considération est plutôt récente dans le secteur médico-social. Historiquement, il s'agit d'un droit revendiqué par les personnes concernées elles-mêmes, afin d'être reconnues et respectées en tant que personne à part entière. La recherche montre que le développement de l'autodétermination est lié positivement à de nombreux éléments : respect de ses droits, inclusion sociale, qualité des relations interpersonnelles, bien-être émotionnel, bien-être physique, bien-être matériel, qualité de vie et satisfaction face à sa propre vie. Actuellement, de nombreux établissements et services médico-sociaux (ESSMS) se mobilisent pour repenser la mise en œuvre de l'autodétermination. Cette ambition est également largement soutenue par la Haute Autorité de santé (HAS) qui dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles inscrit l'autodétermination, la participation, et la citoyenneté dans ses priorités. Mais pour que l'autodétermination soit effective, un changement profond des représentations et des modalités d'actions de toute l'organisation associative, de la gouvernance à l'ensemble des acteurs, est nécessaire. Cette revue de la littérature a pour objectif de faire le point sur le sujet et de mettre à disposition des professionnels du secteur des informations récentes. La première partie fournit des éléments de cadrage. Elle propose des définitions, présente les différents concepts associés et modèles théorisés. Elle pose le cadre législatif et

présente quelques recommandations en vigueur. La deuxième partie détaille une sélection d'outils favorisant sa mise en œuvre : outils d'évaluation mais aussi projet d'établissement, projet d'accompagnement, projet de vie ou Conseil à la vie sociale (CVS). La troisième partie propose des pistes d'action en présentant quelques initiatives inspirantes d'autodétermination des personnes accompagnées mises en place par les professionnels et les ESSMS.

► Le handicap en chiffres - Édition 2023

BELLAMY V.

2023

Panorama de la Drees / Social Paris Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie un nouvel ouvrage : Le handicap en chiffres, qui réalise une synthèse de l'information statistique disponible, à partir de travaux et d'études déjà publiés. Son objectif est d'éclairer et de rassembler en un même ouvrage les réponses à des questions telles que le nombre de personnes handicapées en France, le nombre d'enfants et d'adultes handicapés accompagnés en établissement, le nombre d'enfants handicapés scolarisés, les emplois occupés par les personnes handicapées ou encore le profil des personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). À cette occasion, pour faciliter l'accès à ses travaux, la DREES met en ligne, pour la première fois, une traduction en facile à lire et à comprendre (FALC) d'une de ses études, qui porte sur Les adultes handicapés accueillis dans les établissements et services médico-sociaux.

► **Les violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution : étude exploratoire en Belgique francophone**

EL KONNADI S., *et al.*

2023

Bruxelles : Equal Bruxelles

https://assets.cffassets.net/10gk3ls1b1u3/2vcluHLvflz8ft5GYjhsrt/96a054afc2e4de6e2ceee73c485d1e3d/rapport_VGO-web.pdf

Ce travail d'interview et d'analyse soutient la réflexion et l'identification de pistes d'action pour que les femmes ayant une déficience intellectuelle aient un accès plus systématique à des suivis en santé sexuelle et reproductive et que ces suivis soient plus respectueux de leur consentement, leurs choix et leur intégrité physique.

► **Forum européen des personnes handicapées (EDF) et inclusion Europe c. France : Décision sur le bien-fondé**

LUKAS K., *et al.*

2023

Strasbourg Conseil de l'Europe

<https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=cc-168-2018-dmerits-fr>

Dans une décision publiée le 17 avril 2023, le Conseil de l'Europe dénonce une violation des droits des personnes en situation de handicap et de leurs familles par l'État français et regrette l'absence de « politique cohérente et coordonnée en matière de handicap » en France.

► **Le dictionnaire du Handicap**

ZRIBI G. ET POUPEE-FONTAINE D.

2023

Rennes : Presses de l'EHESP

Cette dixième édition, entièrement revue, augmentée et mise à jour, propose une grande variété de termes autour du handicap ? : les définitions et classifications des handicaps et des maladies qui les causent ; les principaux éléments de politique sociale ; les caractéristiques des prestations, établissements et services spécialisés, ainsi que les droits des usagers ; les professionnels œuvrant auprès des personnes handicapées ; les courants de pensée, méthodes éducatives, approches thérapeutiques et pratiques sociales.

Hospital**► Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre**

COUR DES COMPTES

2023

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.], Paris : Cour des comptes.<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>**► Randomized Regulation: The Impact of Minimum Quality Standards on Health Markets**BEDOYA G., *et al.*

2023

NBER Working Paper;31203. Cambridge NBER<https://www.nber.org/papers/w31203>

We report results from the first randomization of a regulatory reform in the health sector. The reform established minimum quality standards for patient safety, an issue that has become increasingly salient following the Ebola and COVID-19 epidemics. In our experiment, all 1348 health facilities in three Kenyan counties were classified into 273 markets, and the markets were then randomly allocated to treatment and control groups. Government inspectors visited health facilities and, depending on the results of their inspection, recommended closure or a timeline for improvements. The intervention increased compliance with patient safety measures in both public and private facilities (more so in the latter) and reallocated patients from private to public facilities without increasing out-of-pocket payments or decreasing facility use. In treated markets, improvements were equally marked throughout the quality distribution, consistent with a simple model of vertical differentiation in oligopolies. Our paper thus establishes the use of experimental techniques to study regulatory reforms and, in doing so, shows that minimum standards can improve quality across the board without adversely affecting utilization.

► Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteursBERGONZONI A., *et al.*

2023

Etudes Et Résultats (Drees). (1262).<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1262.pdf>

En 2017, 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées; elles représentent un séjour hospitalier en médecine sur 40. Près de la moitié de ces hospitalisations potentiellement évitables (HPE) avaient pour motif une insuffisance cardiaque. Quatre personnes hospitalisées de manière évitable sur cinq ont 65 ans ou plus, et une sur trois 85 ans ou plus. Les HPE touchent fréquemment les mêmes patients : 26 % des personnes concernées en 2017 avaient déjà connu un événement de ce type au cours des cinq années précédentes et 14 % ont connu plusieurs HPE cette même année. 80 % des HPE sont prises en charge par des établissements publics, alors qu'ils ne prennent en charge que 55 % de l'ensemble des séjours de médecine.

► Emergency Care Centers, Hospital Performance and Population HealthBHALOTRA S., *et al.*

2023

The Warwick Economics Research Paper Series (TWERPS) ; 1456. Coventry University of Warwick.https://warwick.ac.uk/fac/soc/economics/research/workingpapers/2023/twerp_1456_-_bhalotra.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. There is

a decline in inpatient mortality, particularly mortality from the more complex conditions that hospitals are best equipped to deal with. There is no discernible change in the risk profile of cases going to hospital, and no concurrent policy changes that can account for these findings. In order to capture displacement

effects, we investigate city-level population outcomes. We find that two-thirds of the decline in hospital mortality is offset by deaths in UPAs. Looking at individual death causes, we see a net decline in deaths from congestive heart failure.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Inégalités de santé. Fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale**

ARMINJON M., *et al.*

2023

Médecine Société. Chêne-Bourg : Georg Editeur

Quelles sont les raisons de la méconnaissance des travaux sur les inégalités sociales de santé ? Comment l'épidémiologie sociale, discipline à la frontière des sciences biomédicales et des sciences humaines et sociales, reconfigure-t-elle nos représentations du corps, des rapports sociaux, de genre, des causes de maladies ? Ce livre propose une introduction aux fondements historiques et épistémologiques de cette discipline et, ce faisant, apporte une vue synoptique des principales questions et problématiques que soulève la mesure des inégalités sociales de santé. Il s'adresse aux chercheurs en humanités médicales, aux professionnels de santé et, plus généralement, à l'ensemble des citoyens qui souhaitent s'informer sur l'étude des déterminants sociaux de la santé, ses enjeux et les perspectives qu'elle ouvre sur les plans scientifique et politique.

► **Immigrants et descendants d'immigrés : édition 2023**

BODIER M., *et al.*

2023

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793391>

Après une définition des concepts liés à la migration, cet ouvrage dresse une vue d'ensemble de la situation des descendants d'immigrés en France. Il comporte des fiches thématiques : population issue de l'immigration,

flux d'immigration et trajectoires migratoires, éducation et maîtrise de la langue, situation sur le marché du travail, conditions de vie (avec des volets sur le recours aux soins et le handicap), vie sociale.

► **Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris Volet 1 : Offre de soins**

BOISSEUIL C.

2023

Paris Apur

https://www.apur.org/sites/default/files/offre_de_soins_metropole_grand_paris.pdf

Cette étude documente l'offre de soins dans la métropole du Grand Paris. Elle vise à nourrir la réflexion et accompagner l'action de l'ensemble des partenaires, acteurs des territoires, de la santé et de l'aménagement, qui contribuent à améliorer l'offre et les parcours de soins.

► **Accounting For the Widening Mortality Gap Between Adult Americans with and Without a BA**

CASE A. ET DEATON A.

2023

NBER Working Paper;31236. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w31236>

We examine mortality differences between Americans with and without a four-year college degree over the period 1992 to 2021. From 1992 to 2010, both groups saw falling mortality, but with greater improvements for the more educated; from 2010 to 2019, mortality fell for those with a BA and rose for those without; from 2019 to 2021, mortality rose for both groups, but

more rapidly for the less educated. In consequence, the mortality gap between the two groups rose in all three periods, unevenly until 2010, faster between 2010 to 2019, and explosively during the pandemic. The overall period saw dramatic changes in patterns of mortality, but gaps rose consistently, not only in all-cause mortality, but in each of thirteen broad classifications of cause of death. Gaps increased for causes of death whose rates have risen in the last thirty years, whose rates have fallen in the last thirty years, and whose rates fell and then rose. Gaps rose for causes where rates were originally higher for those without a BA, and where rates were originally lower for those without a BA. Although mechanisms and stories are different for each cause of death, the widening gap is seen throughout.

► **Inégalités des chances : ce qui compte le plus**

DHERBÉCOURT C.
2023

Note D'analyse (La)(120)

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2023-na-120-inegalite-chances.pdf>

L'idée que l'inégalité des chances est particulièrement marquée dans notre pays est largement partagée. Afin de lutter contre ces disparités, il est nécessaire d'établir des constats clairs sur les caractéristiques qui influencent (ou non) les trajectoires des individus. Nous analysons ici le pouvoir prédictif du sexe, de l'environnement familial (profession des parents, ascendance migratoire) et territorial (région et type de territoire) sur le niveau de revenu d'activité perçu pendant la première partie de la vie active.

► **Immigrant Assimilation in Health Care Utilisation in Spain**

FERRE J., *et al.*
2023

Salamanca University of Salamanca

<https://arxiv.org/pdf/2304.00482.pdf>

Abundant evidence has tracked the labour market and health assimilation of immigrants, including static analyses of differences in how foreign-born and native-born residents consume health care services. However, we know much less about how migrants' patterns of health care usage evolve with time of residence, especially in countries providing universal or quasi-univer-

sal coverage. We investigate this process in Spain by combining all the available waves of the local health survey, which allows us to separately identify period, cohort, and assimilation effects. We find that the evidence of health assimilation is limited and solely applies to migrant females' visits to general practitioners. Nevertheless, the differential effects of ageing on health care use between foreign-born and native-born populations contributes to the convergence of utilisation patterns in most health services after 20 years in Spain. Substantial heterogeneity over time and by region of origin both suggest that studies modelling future welfare state finances would benefit from a more thorough assessment of migration.

► **Rapport annuel d'activité 2021 du Défenseur des droits : Face aux droits nous sommes tous égaux**

HEDON C.
2022

Paris. La défenseure des Droits

Le Défenseur des droits constate une augmentation des réclamations dans l'ensemble de ses cinq domaines de compétence que sont la défense des droits des usagers des services publics, la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité, la défense des droits de l'enfant, la déontologie de la sécurité et l'orientation et la protection des lanceurs d'alerte. L'année 2021 a été marquée par une forte augmentation des réclamations, avec près de 115 000 réclamations en 2021, soit une hausse de 18,6 % par rapport à 2020. Sur plus de 90 000 dossiers concernant les services publics, étaient principalement invoqués l'absence de réponse, la difficulté à joindre l'agent responsable du dossier, l'impossibilité de prendre un rendez-vous, des formulaires uniquement en ligne... En matière de lutte contre les discriminations, la Défenseure des droits a constaté en 2021 une hausse de 22,2 % de ses saisines à la suite du lancement de la nouvelle plateforme antidiscriminations.fr en février 2021.

► **Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres**

LE ROLLAN D., *et al.*

2023

Dossiers De La Drees (Les)(109)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109.pdf>

<https://www.ipp.eu/actualites/refus-de-soins-discriminatoires/>

Le Défenseur des droits et le ministère de la santé et de la prévention, représenté par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) rendent publics les résultats d'une étude réalisée par l'Institut des politiques publiques sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME), dans trois spécialités médicales : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie. Cette étude s'appuie sur un testing téléphonique réalisé entre mars et septembre 2022 auprès de plus de 3 000 praticiens. Elle fait suite à un premier testing réalisé en 2019 sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) à l'initiative du Fonds CMU et du Défenseur des droits, et s'inscrit dans le cadre des missions de suivi, d'analyse et d'évaluation de la complémentaire santé solidaire (mise en place en 2019) confiées à la DREES et à la DSS.

► **Educational Inequalities in Longevity Among OECD Countries Around 2016**

LUBKER C. ET MURTIN F.

2022

OECD Papers on Well-being and Inequalities; 08

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5faaa751-en.pdf>

This study examines inequalities in life expectancy by educational status, age-standardised mortality rates, and age-at-death, using high-quality linked and supplementary unlinked data from 25 OECD countries in 2013-19. Absolute gaps in life expectancy at age 25 between high and low education groups are on average equal to 5.2 years and 8.2 years for women and men, respectively. Deaths of despair among women

and men aged 25-64 contribute on average 7% and 11% to the total gap in life expectancy between high and low education groups, respectively. Comparing identical country-sources to the previous analysis, absolute gaps in life expectancy at age 25 have increased by 0.5 year and 0.4 year on average for women and men between 2011 and 2016.

► **Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information**

PIRUS C.

2023

Etudes Et Résultats (Drees). (1263).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1263.pdf>

En 2021, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, près des trois quarts des personnes résidant en France métropolitaine considèrent que le non-recours aux aides sociales est élevé. Cette opinion est moins partagée par les plus diplômés et les plus aisés financièrement, ainsi que par ceux qui s'estiment moins attachés à l'intervention publique. Près de quatre personnes enquêtées sur dix considèrent que le manque d'information sur les aides est la cause principale du non-recours; la seconde raison la plus avancée, par près d'une personne sur quatre, est la complexité des démarches. Concernant les raisons qui expliqueraient le non-recours, le Baromètre d'opinion interroge également les Français sur leur connaissance des principales prestations sociales. Les résultats de l'enquête révèlent que plus une prestation est connue, plus elle est connue assez précisément. En outre, le degré de connaissance précise d'une prestation est – sans surprise – plus marqué parmi ses bénéficiaires et plus généralement parmi les populations cibles des aides sociales (familles monoparentales, 20 % les plus modestes, locataires du parc social). Il l'est aussi parmi les femmes et les personnes vivant dans des zones urbaines de taille intermédiaire. Les jeunes ont systématiquement une moins bonne connaissance des prestations que les personnes plus âgées, notamment que les 35-49 ans. Enfin, toutes choses égales par ailleurs, la connaissance précise des dispositifs du RSA, de la prime d'activité, de l'AAH, de l'APA et du minimum vieillesse (Aspa) est bien moins fréquente parmi les immigrés que parmi les personnes nées en France.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Drug Shortages: Empirical Evidence From France**

DUBOIS P., *et al.*

2023

Working Paper, 1417. Toulouse TSE.

https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2023/wp_tse_1417.pdf

Drug shortages are a problem widely documented around the world. We develop a simple method allowing to identify shortage events and their intensity using sales data at a national level. In the case of prescription drugs, shortages occur when the quantities supplied do not meet demand at regulated prices. Using sales data only, shortages that are driven by supply shocks affect only the lower distribution of sales quantities and can be identified using a demand prediction model estimated on sales observed above a given quantile threshold. We can then measure the likelihood and the magnitude of shortage events. We provide evidence that lower French prices increase the likelihood and magnitude of shortages in France. However, higher

prices in the UK seem to have positive spillover effects on reducing the likelihood of shortages, while a negative one when shortages happen and there is competition for scarce resources internationally. Finally, we provide evidence on the heterogeneous effects of shortage reductions achievable through higher regulated prices in France.

► **Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale**

DUPRAT L.

2023

Tendances.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxld2d4.pdf>

Cette étude de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives passe au crible les pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes et met en lumière le poids des rapports de pouvoir sur le renouvellement entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Méthodologie – Statistique

Methodology-Statistics

► **Expérience patient et usager**

ANAP

2023

Paris Anap

<https://anap.fr/s/actualite?actu=experience-patient-et-usager-les-outils-anap>

L'expérience patient est la perception qu'ont les patients de leur vécu tout au long de leur parcours de soin. Donner la parole aux personnes concernées et tenir compte de leur ressenti permet d'adapter les modes de prise en charge et de mettre en place un parcours plus performant et confortable. Cette méthode améliore également la qualité de vie au travail des professionnels, apporte un nouvel angle de vue et s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue.

Ce document regroupe 3 guides de l'ANAP sur cette thématique. Un premier guide introductif « Expérience patient et usager : 4 piliers pour en faire un levier de performance » apporte une définition de l'expérience patient et usager, puis présente 4 grandes actions à prendre en compte dans une démarche d'expérience patient. Le deuxième guide « Recueillir l'expérience patient et usager » propose une série de fiches pratiques pour mettre en place des méthodes de recueil de l'expérience des patients et des usagers. Enfin, le troisième guide « Construire des solutions avec le patient pour améliorer son expérience », composé de 7 fiches pratiques, donne des clés pour continuer à mobiliser les personnes concernées dans la construction d'un projet, après la phase de recueil des données.

► **Données de santé en France : état des lieux et enjeux des bases de données, rôle de l'Assurance Maladie**

CNAM

2023

Paris : Cnam

<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-04-20-dp-donnees-de-sante>

Ce document fait le point sur l'organisation des grandes bases de données de santé en France, leurs usages et leurs bénéficiaires, les différents acteurs y ayant accès selon différentes procédures.

► **Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodologie générale et résultats de l'algorithme sur les limitations motrices ou organiques**

ESPAGNACQ M., *et al.*

2023

Rapport Irdes ; 587 Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/587-faisabilite-d-identification-des-personnes-a-risque-de-handicap-fish.pdf>

Ce rapport documente la méthodologie élaborée pour créer un indicateur qui a pour but d'identifier les personnes à risque de handicap à partir de leurs consommations de soins : Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish). Puis il compare les résultats de cet indicateur à d'autres indicateurs sur les limitations fonctionnelles disponibles dans les enquêtes. Les avantages des données du Système national des données de santé (SNDS) qu'utilise l'algorithme reposent sur leur exhaustivité, les informations qu'elles fournissent au niveau départemental, leur mise à jour régulière et le fait qu'un suivi dans le temps des individus est possible. Ainsi, cet indicateur offre la possibilité d'étudier, à partir de données non directement en lien avec une reconnaissance de handicap ou de dépendance, les différences locales de risque de limitations fonctionnelles sévères. Un intérêt supplémentaire de cet indicateur réside dans la possibilité d'apparier les données du SNDS à de nombreuses enquêtes et de le diffuser lors de ces appariements. Lorsque les données des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) seront intégrées au SNDS, il pourra être affiné. Très riches en informations sur la consommation de soins, les données du SNDS contiennent en

effet peu de données de contexte ou concernant la consommation médico-sociale des personnes. Après avoir expliqué le principe de construction des algorithmes et les nomenclatures utilisées, les résultats issus de l'algorithme identifiant les personnes avec des limitations motrices ou organiques sont exposés et discutés. Le travail présenté ici sera poursuivi dans le cadre du projet Rish (Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap), avec l'appui du Health Data Hub (HDH) dans le cadre du programme Boas (Bibliothèque ouverte d'algorithmes en santé). L'objectif est de valider les algorithmes et, in fine, de mettre à disposition les programmes.

► **Measuring Population Mental Health**

OCDE

2023

Paris OCDE

<https://www.oecd.org/health/time-for-better-care-at-the-end-of-life-722b927a-en.htm>

Good mental health is a vital part of people's well-being, and the COVID-19 pandemic brought renewed attention to its importance. However, discussions so far have not focused sufficiently on how governments should best monitor it at the broader population level, and on how to consider both mental ill-health and positive mental states. This report supports national statistical offices and other data producers in collecting high-quality measures of population mental health outcomes in a more frequent, consistent and internationally harmonised manner. It documents existing measurement practice across OECD countries, discusses the advantages and limitations of available measurement tools, and recommends priority measures to adopt in household, social and health surveys. Measuring Population Mental Health is the first of two reports as part of an assessment of mental health and well-being in the context of the OECD's work on measuring well-being.

Politique publique

Public Policy

- **Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 2297) du 10 octobre 2019 sur l'évaluation de l'accès aux services publics**

DESJONQUIERES M. ET MOREL-A-L'HUISSIER P.
2023

Paris Assemblée nationale

Ce rapport souligne que les territoires ruraux sont mieux pris en compte mais restent impactés par des crises récentes. Il évalue les difficultés d'accès aux services publics : couverture numérique, accès soins... ainsi que les solutions mises en place pour remédier à l'isolement des milieux ruraux.

Politique de santé

Health Policy

- **Avis du 8 mars 2023 : contribution de la Conférence nationale de santé à la Stratégie nationale de santé 2023-2027**

CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ
2023

Paris CNS

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_contribution_sns_2023_0308_rel_210323.pdf

Dans les fondements de la stratégie nationale de santé 2023-2027, attendue pour la fin du premier semestre, doit s'ancre la démocratie en santé, d'après la Conférence nationale de santé. Elle identifie d'autres points essentiels. Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et la Direction générale de la santé ont saisi le 19 janvier 2023 la Conférence nationale de santé (CNS) pour qu'elle apporte sa contribution à la préparation de la stratégie nationale de santé pour 2023-2027. Cette dernière a adopté début mars en assemblée plénière un avis, désormais rendu public. L'organisation y formule dix-sept recommandations selon trois axes : ancrer la démocratie en santé dans le fonctionnement des institutions de la

République; placer la promotion de la santé et la prévention au cœur des politiques de santé; et renforcer la territorialisation des politiques de santé.

- **La qualité de vie des étudiants en santé (QVES)**

DAHAN M. ET WIIKTKAR F.

2022

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/La-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante-QVES.html>

Ce rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) sur la qualité de vie des étudiants en santé (QVES), identifie des initiatives nationales, régionales et locales contribuant à améliorer la qualité de vie des étudiants des différentes filières médicales et paramédicales.

► **Rapport d'information sur l'évaluation de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie**

FIAT C. ET MARTIN D.

2023

Paris Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/l16b1021_rapport-information.pdf

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, loi dite « Claeys-Leonetti » du nom de ses co-auteurs et co-rapporteurs, MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, est venue consolider l'édifice législatif encadrant la fin de vie en France, onze ans après l'adoption de la loi dite « Leonetti ». Alors qu'une nouvelle réflexion s'est engagée en 2023 sur la fin de vie, ce rapport dresse un bilan de l'application de cette loi de 2016.

► **Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé**

FLAMANT P., *et al.*

2020

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/Retour-d-experience-du-pilotage-de-la-reponse-a-l-epidemie-de-COVID-19-par-le.html>

Ce rapport relate les conclusions d'une mission de retour d'expérience (RETEX) sur les modalités de pilotage et de gestion de l'épidémie par le ministère de la Santé. La lettre de mission visait, d'une part, l'organisation du centre de crise sanitaire (CCS) et du ministère dans sa globalité et, d'autre part, l'articulation entre le pilotage central et la responsabilité des acteurs de terrain.

► **Baromètre des droits des malades 2023**

FRANCE ASSOS SANTÉ

2023

Paris France Assos santé

https://www.france-assos-sante.org/communique_presse/barometre-des-droits-des-personnes-malades-2023

À l'occasion de l'anniversaire de la loi dite « Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, France Assos Santé dévoile les résul-

tats du baromètre 2023, réalisé en partenariat avec BVA, auprès de 3 690 personnes de plus de 15 ans représentatives de la population française en France hexagonale et en outre-mer. Les Français sont majoritairement satisfaits de leur niveau d'information sur les situations courantes concernant leur santé : plus de 90 % des personnes interrogées se sentent bien informées sur leur santé ainsi que sur les soins et traitements qui y sont liés et plus de 80 % s'estiment bien informées sur la qualité des soins dans les établissements de santé, ou encore leurs parcours et coûts des soins. Les résultats montrent que leur sentiment d'être bien informés à travers les outils numériques contenant leurs données de santé comme « Mon Espace Santé » progresse fortement (+11 points par rapport à 2022).

► **Stratégie nationale de santé : avis du Haut Conseil de la santé publique**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2023

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1280>

Réalisé à la demande du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et de la Direction générale de la santé (DGS) cet avis produit son analyse des principaux problèmes de santé de la population, les domaines d'action prioritaires, et propose des objectifs pour la future stratégie nationale de santé (SNS). En France, une personne sur cinq a 65 ans ou plus. Certains problèmes de santé constatés en 2017 se sont aggravés après la crise Covid-19. Les indicateurs généraux sont toujours favorables, mais l'état de santé de la population est toujours parcouru par de fortes inégalités. Il existe de très fortes tensions dans le système de soins. Le système de santé publique a du mal à répondre aux besoins de la population. Certains sujets sont désormais sur le devant de la scène, comme la santé mentale, la santé de l'environnement, la situation sanitaire en outre-mer et une crise majeure de l'ensemble du système de santé et du système de soins : il semble aujourd'hui nécessaire de reconstruire le système de santé.

► **Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2023

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1285>

À la demande du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et de la direction générale de la santé (DGS) le HCSP produit son analyse des principaux problèmes de santé de la population, les domaines d'action prioritaires, et propose des objectifs pour la future Stratégie nationale de santé (SNS). Ce rapport vient compléter l'avis du 6 mars 2023. En France, une personne sur cinq est âgée de 65 ans ou plus. Certains problèmes de santé constatés en 2017 se sont aggravés après la crise Covid-19. Les indicateurs généraux sont toujours favorables, mais l'état de santé de la population est toujours parcouru par de fortes inégalités. Il existe de très fortes tensions dans le système de soins. Le système de santé publique a du mal à répondre aux besoins de la population. Certains sujets sont désormais sur le devant de la scène, comme la santé mentale, la santé de l'environnement, la situation sanitaire en outre-mer et une crise majeure de l'ensemble du système de santé et du système de soins : il semble aujourd'hui nécessaire de reconstruire le système de santé. Le HCSP propose 4 objectifs stratégiques et fait 12 propositions, notamment : une SNS sur 10 ans, repenser le système de santé à court, moyen et long terme, rendre opérationnel le concept de « Santé dans toutes les politiques », renforcer la prise en compte des déterminants environnementaux, mettre en œuvre une politique de prévention. Il est aussi nécessaire de mettre en œuvre un Plan outre-mer. Portée par la SNS, le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans permettant d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé avec une gouvernance propre, et des objectifs à court, moyen et long terme.

► **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2ème rapport au Président de la République**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2023

Boulogne Billancourt INCA

https://www.desk53.com.fr/TMP/INCA_RP/pdf/Inca_RapportPresident2023.zip

Annoncée le 4 février 2021 par le président de la République, la stratégie décennale de lutte contre les cancers entre en 2023 dans sa troisième année de mise en œuvre. Pour suivre son déploiement et présenter les actions déjà engagées avec l'ensemble des parties prenantes, l'Institut national du cancer publie le 2^e bilan des actions de l'année 2022. Un bilan qu'il remet chaque année au président de la République. Au total, ce sont près de 120 actions qui sont d'ores et déjà lancées, sur les 234 que compte la stratégie décennale. Prévention et dépistage, recherche, soins et qualité de vie : les actions développées couvrent l'ensemble des champs de la cancérologie.

► **Fin de vie : faire évoluer la loi ?**

JOSEPH D.
2023

Paris Cese

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2023/2023_12_fin_de_vie.pdf

Le présent avis s'inscrit dans le cadre d'un projet humaniste, porté par le Cese, d'une société solidaire, inclusive et émancipatrice. Il présente un bilan de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Il propose un libre choix du chemin de l'accompagnement de la fin de vie dans cette perspective humaniste. Le travail de la Commission du Cese a été organisé en 3 parties : l'avis s'attache d'abord à s'inscrire dans le cadre d'un projet humaniste d'une société solidaire, inclusive et émancipatrice, projet porté par le Cese, la situation des personnes les plus vulnérables ayant été particulièrement abordée. Il présente ensuite un bilan de la loi « Claeys-Leonetti » créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Il propose enfin un chemin de l'accompagnement de la fin de vie, proche de celui proposé par la convention citoyenne.

► **Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France**

LAVILLE M.
2023

Paris : Ministère chargé de la santé

<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-l-obesite-en-france>

Ce rapport assigne quatre objectifs à la stratégie de lutte contre l'obésité : diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement sur les plus défavorisés ; augmenter le nombre de personnes en surpoids ou en situation d'obésité accédant à des soins adaptés à leur situation ; Investir dans la recherche et l'innovation ; Investir prioritairement dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM). Pour atteindre ces objectifs, ce rapport formule différentes recommandations.

► **L'activité physique au secours de la santé publique : Pistes de réflexion pour faire de l'activité physique un réel recours contre la sédentarité**

QUERTON V. ET RABES C. P.
2023

Paris Point d'aencrage

https://www.pointdaencrage.fr/_files/ugd/f74f69_664f04851bfc46ad86250a0954eb9a5e.pdf

La sédentarité est devenue un enjeu majeur de santé publique que la pandémie de Covid-19 a mis au centre des préoccupations. En France, le système de santé est centré sur le soin plutôt que sur la prévention. La sédentarité entraîne des coûts sanitaires, sociaux et économiques majeurs, de l'ordre de dizaines de milliards d'euros chaque année. Pour inverser ce processus d'immobilisation des corps, l'activité physique doit prendre toute sa place dans les politiques publiques. A ce jour pourtant, seul le ministère des Sports porte à bout de bras et avec son maigre budget de moins d'1Md€ une politique de développement des activités physiques qui ne saurait à elle seule répondre au problème de la sédentarité. Ce travail s'appuie sur nombre de travaux déjà réalisés dans le domaine du sport, des activités physiques et de la santé. Il s'intéresse d'abord au processus socio-historique de sédentarité et à ses conséquences sur la santé et le système de santé. Il considère ensuite la pertinence de l'activité physique pour lutter contre le couple sédentarité/inactivité physique, avant de se pencher sur les leviers de mise en œuvre d'une action publique transversale pour l'acti-

tivité physique. Il s'achève par une tentative d'évaluation de la mise en œuvre de l'activité physique adaptée comme thérapeutique et propose des pistes pour accélérer son développement sur l'ensemble du territoire

► **Atlas des expérimentations Article 51 en Ile-de-France**

REBERGA A. *et al.*
2023

Paris : Arsif

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/108965/download?inline>

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 offre de multiples opportunités pour les professionnels de santé. Avec ce dispositif, ils peuvent expérimenter de nouvelles façons de prendre en charge les patients notamment en renforçant la coopération et la coordination, via des dérogations à certaines règles de droit commun. L'objectif : Améliorer la pertinence, la qualité de prise en charge et l'efficacité du système de santé. Au niveau national, le nombre de projets autorisés a connu une très nette progression depuis cinq ans, passant de 42 en 2019, à 113 en 2021 pour atteindre 132 fin décembre 2022. En région Île-de-France, la mobilisation a également été très forte : au 1^{er} avril 2023, les acteurs franciliens testaient 40 expérimentations de nature très diverse autour de nouveaux parcours de soins, modes de financement ou modalités de prise en charge. Cet atlas dessine une cartographie de ces expérimentations.

► **Rapport d'information sur la médecine scolaire et la santé à l'école**

REDA R.
2023

Paris Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion_fin/l16b1228_rapport-information.pdf

Alors même que les besoins des élèves en matière de santé ne font que progresser (I), le rapporteur spécial constate que l'on ne peut se satisfaire d'une politique de santé scolaire qui ne parvient pas à remplir correctement ses objectifs (II). Une réforme du pilotage et de l'organisation de la politique de santé à l'école est donc nécessaire (III).

► **Palliative Care - an Exploratory Study of Categorisation Tools Based on Patients' Needs and Their Value For Entitlement**

RICOUR C., *et al.*

2023

Bruxelles KCE

<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/soins-palliatifs-comment-adapter-les-soutiens-financiers-aux-besoins-des-patients-une-etude>

La phase palliative d'une maladie grave – la période plus ou moins longue qui précède un décès prévisible – s'accompagne souvent de besoins d'aide et de soins importants et susceptibles d'évoluer rapidement. Dans les hôpitaux et maisons de repos et de soins, une partie

importante du coût des soins et de l'accompagnement des patients en fin de vie est déjà inclus dans le financement habituel de l'établissement. Les personnes qui choisissent de finir leurs jours à la maison devront en revanche souvent assumer elles-mêmes de nombreuses dépenses. Des mesures existent en Belgique pour aider financièrement les patients palliatifs, mais ces aides ne sont pas toujours jugées suffisantes et, surtout, ne sont octroyées qu'au cours de la toute dernière phase de la vie. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a réfléchi aux moyens de mieux adapter les aides financières aux besoins individuels de ces personnes... mais sans, malheureusement, parvenir à identifier une solution idéale.

Politique sociale

Social Policy

► **Les Français souhaitent que les prestations sociales bénéficient davantage aux personnes en emploi**

CROUTTE P. ET TABOURY S.

2023

Paris Credoc

<https://www.credoc.fr/publications/le-regard-des-francais-sur-les-politiques-familiales-et-sociales-de-la-cnaf>

Ce document présente les résultats des questions insérées par la Caisse nationale des allocations familiales dans l'enquête Conditions de vie et aspirations du Crédoc de janvier 2022. Tous les deux ans, la Cnaf dresse ainsi l'état des lieux de l'opinion sur la famille, les politiques familiales, les aides sociales et la solidarité nationale.

► **La protection sociale. Pour un nouveau type de développement économique et social**

MILLS C.

2022

Paris : Editions Delga

Cet ouvrage est plongé dans l'immédiate actualité, au cœur des réformes libérales et notamment celles d'Emmanuel Macron. Le système de protection sociale français est miné par la crise sanitaire, économique

et sociale en cours. En même temps, il constitue une réponse contracyclique et systémique à cette crise. Ce livre retrace la responsabilité des réformes libérales d'austérité récentes dans le démantèlement du système de protection sociale. Mais il s'inscrit en même temps dans la recherche impérieuse de réformes alternatives. Catherine Mills a élaboré une analyse théorique, montrant la responsabilité des théories et politiques néoclassiques véhiculant une conception rétrograde du social dans l'histoire de la pensée économique. L'ouvrage resitue historiquement la formation du système de sécurité sociale en 1945. Il procède à une analyse néomarxiste du rôle de la sécurité sociale dans la régulation du système économique. Ses valeurs toujours actuelles doivent être promues pour sortir de la crise actuelle de la régulation du système économique et social et de la crise de civilisation. L'ouvrage procède à une analyse empirique précise de la dépense sociale en France et de son financement, mis en danger dans la phase actuelle de la crise systémique. Il effectue aussi une comparaison entre les systèmes de protection sociale dans l'Union européenne. Il étudie le démantèlement systémique de chaque fonction de la politique sociale dans la crise actuelle en proposant des alternatives progressistes et efficaces. Cela concerne la politique familiale, le système de retraite, le système de santé, la réforme dramatique de l'assurance-chômage et des minima sociaux, et enfin le financement (4^e de couv.)

Prevention

► Comment favoriser l'empowerment en éducation thérapeutique du patient ?

COURALET D.

2023

Les Fiches Synthep(5)

<https://www.cres-paca.org/fichier/15646/1770>

Quand l'éducation thérapeutique du patient est envisagée dans une logique de promotion de la santé en s'appuyant sur un modèle biopsychosocial, l'empowerment consiste à accompagner les individus à renforcer leurs capacités et leurs ressources individuelles et collectives pour accroître leur pouvoir d'agir sur leur santé et leur vie, dans des environnements sociaux, organisationnels et politiques eux-mêmes évolutifs et favorables aux changements internes des individus.

► Mesures universelles d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2022

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1288>

Dans le cadre de la stratégie nationale relative à la prévention des infections et de l'antibiorésistance, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) définit des mesures d'hygiène pour la prévention des principales maladies infectieuses dans la population générale. La méthode d'Ottawa a été utilisée pour construire une doctrine relative aux mesures universelles d'hygiène déclinant 10 mesures : hygiène des mains, hygiène bucco-dentaire, hygiène cutanée, hygiène de l'alimentation, l'hygiène de l'eau de boisson, hygiène de l'habitat, hygiène sexuelle, ventilation/aération des locaux, distance interindividuelle et équipement de protection dont les masques. Ces 10 mesures d'hygiène rédigées sous forme de fiche technique (de 1 à 10) sont reprises dans un tableau construit et stratifié en fonction de différents lieux (domicile, transport collectif, milieu scolaire, établissement recevant du public, milieux extérieurs). De plus, un abécédaire des maladies infectieuses regroupant 54 maladies infectieuses précise les mesures de prévention primaire et secondaire à destination du grand public. De manière globale, le HCSP propose des recommandations relatives à la doctrine des mesures universelles d'hygiène elle-même :

Psychiatry**► Etat des lieux national sur le fonctionnement des conseils locaux de santé mentale : édition 2023**

CHARAPOFF S., *et al.*
2023

Hellemmes Centre national de ressources et d'appui aux CLSM

<http://ressources-clsm.org/wp-content/uploads/2023/03/230330-Etat-des-lieux-CLSM-web.pdf>

5 ans après la publication du précédent état des lieux par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, l'édition 2023 sort au moment où les CLSM et la santé mentale sont plus que jamais d'actualité. En effet, si la crise sanitaire a mis en lumière et aggravé les souffrances psychiques de la population, elle a aussi contribué à démocratiser le sujet et souligner le lien central avec les déterminants sociaux. Cette période a aussi – surtout – constitué une véritable opportunité pour réaffirmer la nécessité de coordonner les actions en santé mentale sur le territoire dans une logique globale, de développer une culture partagée de la santé mentale ainsi que de parvenir à une gouvernance plus efficace dans ce domaine – autant de principes déclinés et mis en œuvre par les CLSM. Mais comment ces derniers se portent-ils en 2023 ? De quelle nature sont les territoires qu'ils couvrent ? Qui sont les acteurs qui les composent, quelles sont les thématiques travaillées, avec quels partenaires ? Quel est le profil type des coordonnateur-rices ?

► “There She Is, Your Ideal” Negative Social Comparisons and Health Behaviors

CARPENTER C. S. ET CHURCHILL B. F.
2023

NBER Working Paper;31156. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w31156>

We provide novel evidence on the role of negative social comparisons in population health behaviors by exploiting variation in Miss America and Miss USA beauty pageant winners. We show that there was more front-page newspaper coverage and more pageant-related internet search behavior following a home-state win. Teen girls and pageant-aged women with home-state winners were more likely to report that they were

trying to lose weight, and pregnant women gained less gestational weight. We do not detect meaningful changes for teen boys, young adult men, or older women for whom social comparisons were plausibly less salient.

► Maladies mentales et sociétés XIXe-XXIe siècle

HENCKES N. ET MAJERUS B.
2023

Paris : Editions de la Découverte

Les sciences humaines et la psychiatrie ont longtemps donné des maladies mentales une image de radicale altérité. Celles-ci ont pourtant joué un rôle constitutif dans les sociétés européennes contemporaines, à la fois expression d'une série de vulnérabilités médicales et sociales et représentation associée au génie et au crime, part honteuse de la famille bourgeoise et révélateur des désordres et des grands bouleversements sociaux. Cet ouvrage est à la fois une introduction à l'histoire des rapports de nos sociétés aux maladies mentales au cours des XIXe et XXe siècles et une synthèse des acquis historiographiques des quarante dernières années sur cette question, de l'histoire sociale et culturelle aux science et « technology studies, » en passant par l'histoire d'en bas et l'histoire matérielle. Organisé autour de quatre dimensions – espaces, savoirs, pratiques et expériences –, il montre comment les maladies mentales et leur traitement social ont été à la fois un reflet et un moteur de certaines des transformations de nos sociétés (4^e de couverture).

► Pour une psychiatrie nouvelle. Propositions

LEMOINE P. ET CYRULNIK B.
2023

Paris : Odile Jacob

Pénurie de psychiatres, mécontentement des soignants, recherche clinique en berne, augmentation de la prévalence des troubles, parcours de soins douloureux, patients sacrifiés et familles en détresse, la psychiatrie est proche du point de rupture. Au-delà de l'état des lieux et du manque de moyens, de quelle

psychiatrie rêvons-nous pour demain ? Quelles sont les innovations prometteuses ? Entourés des meilleurs experts - des psychiatres, mais aussi des chercheurs, une épidémiologiste, un directeur du Programme de santé mentale de l'OMS, un procureur général -, Patrick Lemoine et Boris Cyrulnik débattent de questions incontournables aujourd'hui : la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents, les psychotropes prescrits à outrance, le remboursement des psychologues, la reconnaissance de la psychiatrie en tant que discipline carrefour, la nécessité de s'ouvrir à d'autres approches, même celles dites « alternatives ». Il est temps de faire de la psychiatrie une vraie priorité, mais aussi de la refonder et de la renouveler (4ème de couverture.)

► **The Re-Emerging Suicide Crisis in the U.S.: Patterns, Causes and Solutions**

MARCOTTE D. E. ET HANSEN B.

2023

[NBER Working Paper;31242. Cambridge NBER.](https://www.nber.org/papers/w31242)

<https://www.nber.org/papers/w31242>

The suicide rate in the United States has risen nearly 40 percent since 2000. This increase is puzzling because suicide rates had been falling for decades at the end of the 20th Century. In this paper, we review important facts about the changing rate of suicide. General trends miss the story of important differences across groups – suicide rates rose substantially among middle aged persons between 2005 and 2015 but have fallen since. Among young people, suicide rates began a rapid rise after 2010 that has not abated. We review empirical evidence to assess potential causes for recent changes in suicide rates. The economic hardship caused by the Great Recession played an important role in rising suicide among prime-aged Americans. We illustrate that the increase in the prevalence of depression among young people during the 2010s was so large it could explain nearly all the increase in suicide mortality among those under 25. Bullying victimization of LGBTQ youth could also account for part of the rise in suicide. The evidence that access to firearms or opioids are major drivers of recent suicide trends is less clear. We end by summarizing evidence on the most promising policies to reduce suicide mortality.

► **Préférences, santé mentale, décisions d'assurance santé et inégalités dans le recours aux soins des jeunes adultes en France**

MIGNON D.

2020

[Paris Université Paris Dauphine. Doctorat en sciences économiques ; PSL University.](https://theses.hal.science/tel-03279010/)

<https://theses.hal.science/tel-03279010/>

Cette thèse contribue à la compréhension des décisions d'investissement en capital humain des jeunes adultes en France. Les jeunes adultes sont dans une période déterminante en termes de développement et d'expression de leurs préférences. Une attention particulière est accordée aux préférences, ainsi qu'aux inégalités en résultant. Le premier chapitre s'intéresse aux rôles du traitement anticipé et des préférences multivariées dans la décision d'assurance santé. Des prédictions à partir d'un modèle théorique sont testées sur des données collectées en laboratoire expérimental. Les résultats montrent qu'une préférence pour la santé plus grande conduit à une demande de traitement plus intensif et qu'être averse à la corrélation entraîne une couverture plus que complète. Dans le deuxième chapitre, à l'aide de données d'enquête, il est montré que les différences de recours aux soins sont d'abord principalement associées aux besoins, puis aux circonstances, ce qui traduit des inégalités des chances, et aux efforts, ce qui traduit des inégalités justes. Le troisième chapitre s'intéresse à l'effet des fragilités psychologiques des étudiants sur leurs croyances de contrôle. La stratégie par variable instrumentale montre que plus de fragilités psychologiques conduit à une augmentation des croyances de contrôle, ce qui est en accord avec la littérature psychologique selon laquelle les individus déprimés et anxieux se blâment davantage.

► **Littératie en santé mentale : de quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir**

MONTAGNI I.

2023

[Questions de Santé Publique\(46\).](https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web_QSP46_IReSP_46_2023046_WEB.pdf)

https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web_QSP46_IReSP_46_2023046_WEB.pdf

La littératie en santé mentale trouve son origine dans la littératie en santé plus « générale » avec un focus spécifique sur le bien-être mental. Sa première définition, en 1997 par Anthony Jorm, utilise une approche

médicalisée car elle se réfère à la connaissance et aux croyances sur les problèmes de santé mentale qui favorisent leur identification, gestion ou prévention. Plus tard, entre 2014 et 2016, le concept de promotion de la santé mentale est ajouté par Stan Kutcher qui introduit les notions de résilience et de psychologie positive. Ainsi, la littératie en santé mentale est définie comme un déterminant modifiable de la santé mentale dont il existe plusieurs échelles de mesure. La plus complète, à présent, est la Mental Health Literacy Scale de O'Connor & Casey validée aussi en français. À partir du programme « Premiers secours en santé mentale », diverses interventions pour améliorer la littératie en santé mentale ont été évaluées et initiées récemment en France.

► **La santé mentale des jeunes femmes fragilisée par l'épidémie du Covid : Étude du GHU Paris**

PEROZZIELLO A., *et al.*

2023

Paris : CHRU

<https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/la-sante-mentale-des-jeunes-femmes-fragilisee-par-lepidemie-du-covid-une-etude-realisee>

La dégradation de la santé mentale chez les jeunes faisant suite à la pandémie du Covid-19 que nous venons de traverser est un sujet d'actualité préoccupant et récurrent ces derniers temps. Les divers confinements menant à une restriction de sa vie sociale, la peur de cette maladie encore inconnue et d'un avenir incertain ont provoqué un grand stress pour l'ensemble de la population. Le GHU Paris a mené une étude entre 2019 et 2021 qui confirme l'observation des cliniciens : les jeunes adultes (15-25 ans) ont été les plus touchés sur le plan psychique et en particulier les jeunes femmes chez qui les troubles anxieux ont été une des causes principales de consultation au GHU. L'article scientifique a été publié dans la revue BMJ Open : <https://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e064305.full>

► **Mental Health Economics. the Costs and Benefits of Psychiatric Care**

RAZZOUK D.

2017

Cham : International Springer Publishing

The main objective of this work is to provide a book with high quality content that becomes a reference and support for graduate course (Mental Health, Public Health and Epidemiology) and for research in the domain of health economics applied to mental health. Also this book might be useful for policymakers on formulating mental health policies. Key messages of this book are based on: a) mental illness represent a huge cost for society and for health care; b) health economics applied to mental health could help in the optimization of resource allocation for mental health care and for better decision making in terms of balancing costs and benefits; c) interventions and treatment should be also chosen in general medical practice and in public decision-policy according to cost-effectiveness, burden of disease and equity principles; d) quality of care is related with better outcomes, higher quality of life for clients, and with lower costs for society and health system (best value for money); e) it is possible to decrease the burden of mental disorders with cost-effective treatments.

► **Promouvoir la santé mentale des étudiants : référentiel d'intervention**

THEUREL A.

2023

Dijon Irep Bourgogne Franche-Comté

<https://rrapps-bfc.org/publications/promouvoir-la-sante-mentale-des-etudiants-referentiel-dintervention>

Ce référentiel a pour objectifs de doter les réseaux de l'enseignement supérieur de balises communes en matière de santé mentale étudiante et de les soutenir dans l'adoption d'une véritable approche systémique de la santé mentale. Il a pour objectif d'accompagner chaque étudiant vers l'atteinte de son plein potentiel et de faire des établissements d'enseignement supérieur des lieux propices au développement d'une santé mentale positive.

Primary Health Care

► **Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale**

BERGEAT M., *et al.*

2023

Etudes Et Résultats (Drees). (1268).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>

Dans un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis 2016 afin d'améliorer l'organisation des parcours de soins, en renforçant la coordination entre les professionnels de santé et en libérant du temps médical. Début 2022, un médecin généraliste sur trois fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en fonctionnement ou en projet, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Cette part est en forte progression depuis 2019. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel sont plus nombreux à faire partie d'une CPTS. Près de quatre médecins sur dix (37 %) ont participé à une action organisée par une CPTS dans le cadre de la crise sanitaire due au Covid-19, qu'ils adhèrent ou non à une CPTS. Si la plupart des médecins connaissent le dispositif d'assistante médicale mis en place en 2018, seuls 5 % déclarent y recourir début 2022. Les médecins exerçant dans un groupe pluriprofessionnel ou adhérent à une CPTS sont plus nombreux à avoir une assistante médicale (respectivement 8 % et 12 %). Parmi les généralistes qui ne travaillent pas déjà avec une assistante médicale, la plupart (59 %) ne souhaitent pas en avoir. Les opinions sur ce dispositif sont en effet mitigées : moins de la moitié des médecins (41 %) estiment que les assistantes médicales constituent une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.

► **Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant**

DAVIN-CASALINA B., *et al.*

2023

Etudes Et Résultats (Drees)(1267)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-0>

Près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugent aujourd'hui insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice, soit 11 points de plus qu'en 2019, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Par ailleurs, 87 % d'entre eux indiquent rencontrer des difficultés pour orienter leurs patients vers des confrères spécialistes, 62 % vers des professionnels paramédicaux et 47 % vers des services d'aide à domicile ou d'aide à la personne. Aussi, 74 % des médecins anticipent une baisse de l'offre de soins sur leur territoire. En 2022, 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant; ils étaient 53 % en 2019. La part de médecins ne pouvant plus suivre régulièrement certains patients est, quant à elle, passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022. Les médecins de moins de 50 ans, ayant un volume d'activité élevé ou jugeant l'offre insuffisante sur leur zone d'exercice ont tendance à mettre en œuvre le plus grand nombre de mesures d'adaptation. Trois profils de médecins se distinguent selon leur stratégie d'adaptation à l'offre de soins locale : ceux, le plus souvent en cabinet de groupe, qui s'adaptent en déléguant une partie de leurs tâches; d'autres, exerçant plus souvent seuls, qui s'adaptent sans déléguer; et un dernier groupe, moins concerné par la baisse démographique, qui ne met pas ou peu de mesures d'adaptation en place.

► **Evaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution**

GADY-CHERRIER C. ET ZANTMAN F.
2022

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/Evaluation-de-la-procedure-d-agrement-et-des-capacites-d-accueil-des.html>

La France se singularise par une démographie très dynamique des ostéopathes qui la place au premier rang mondial en termes de densité et de progression. Sans toutefois les reconnaître comme des professions de santé, la loi Kouchner de 2002 a réglementé les professions d'ostéopathe et de chiropracteur, en réservant l'usage de ces titres aux titulaires d'un diplôme délivré par des établissements privés agréés par le ministre en charge de la Santé, ouverts aux titulaires d'un baccalauréat et aux professionnels de santé. L'agrément est délivré pour cinq ans, après avis de la commission consultative nationale d'agrément (CCNA), composée de professionnels et dont le secrétariat est assuré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Des diplômes universitaires permettent en parallèle aux médecins de se prévaloir de ces titres. La mission dresse le constat d'une hétérogénéité de qualité de la formation et d'une CCNA peinant à valider le respect de certains critères pourtant essentiels touchant à la pédagogie et au niveau des compétences professionnelles acquises lors des pratiques cliniques.

► **Plus de 4 500 médecins français sont partis exercer à l'étranger**

GORRERI S.
2023

Paris : Ifrap

https://www.ifrap.org/etat-et-collectivites/plus-de-4-500-medecins-francais-sont-partis-exercer-letranger#_ftn1

Dans le débat sur les déserts médicaux, il est souvent question des médecins étrangers venant exercer en France pour pallier la faiblesse du nombre de professionnels de santé. On évoque moins les médecins français partis exercer à l'étranger. Il est pourtant intéressant de savoir combien exactement ont déjà fait ce choix et qu'est-ce qui les a poussés à partir. Ils étaient près de 3600 en 2015. Cinq ans après, leur nombre a fortement augmenté : d'après les statistiques de l'OCDE, relevées par la Fondation Ifrap, au

moins 4137 médecins à diplôme français exerçaient dans un pays membre de l'organisation internationale en 2020. Un « phénomène bien installé », et sans doute sous-estimé, car tous les pays de l'OCDE ne renseignent pas cette donnée. Si l'on considère que le nombre de médecins français exerçant aux Etats-Unis en 2016 est resté stable (645), ils seraient ainsi en réalité au moins 4800.

► **The Hewitt Review: An Independent Review of Integrated Care Systems**

HEWITT H. P.
2023

London Great Britain Department of Health and Social care

<https://www.gov.uk/government/publications/the-hewitt-review-an-independent-review-of-integrated-care-systems>

This review set out to consider the oversight and governance of integrated care systems (ICSSs). Each ICS has an integrated care board (ICB), a statutory organisation responsible for developing a plan for meeting the health needs of the population, managing the NHS budget and arranging for the provision of health services in the ICS area. ICBs include representatives from local authorities, primary care and NHS trusts and foundation trusts. The review covered ICSSs in England and the NHS targets and priorities for which ICBs are accountable, including those set out in the government's mandate to NHS England. The government is now considering the recommendations made by the review.

► **Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, modifiée par le Sénat, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé**

KHATTABI F.
2023

Paris Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/l16b1009_rapport-fond

Le 23 novembre 2023, la commission des affaires sociales a adopté à l'unanimité, en première lecture, la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé. Ce vote est le résultat d'un important travail transpartisan, qui a permis d'enrichir et de renforcer considérablement la proposition de loi. Ce

texte, qui comportait initialement quatre articles, en comptait douze à l'issue de cette première lecture. L'adoption d'amendements déposés par la quasi-totalité des groupes politiques a permis de répondre aux principaux enjeux relatifs à l'encadrement des centres de santé dans le but de prévenir les graves déviations constatées au cours des dernières années. Il était indispensable, en effet, d'agir résolument pour stopper la prolifération de centres aux pratiques contestables et mettre un terme aux activités lucratives de gestionnaires peu scrupuleux. La rapidité avec laquelle le Sénat s'est saisi de cette proposition de loi permet d'espérer son entrée en vigueur prochaine à l'issue de la navette législative. Dans leurs travaux au mois de février, les sénateurs ont respecté l'esprit général du texte et adhéré aux dispositifs mis en place par l'Assemblée nationale. D'assez nombreuses modifications ont cependant été apportées. Si certaines d'entre elles améliorent la qualité rédactionnelle du texte ou rejoignent l'objectif fixé par la rapporteure d'une régulation renforcée qui ne complique pas inutilement le quotidien des centres fonctionnant correctement, il n'en est pas toujours ainsi. Différentes dispositions issues du Sénat tendent à affaiblir des dispositifs adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture. Ce rapport rassemble donc les amendements visant à revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale ou à privilégier une rédaction de compromis, tenant compte de préoccupations exprimées lors de l'examen au Sénat.

► **Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile**

LUAN L. ET FOURNIER C.
2023

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(277)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.pdf>

À l'issue de deux années de formation supplémentaires, les Infirmières en pratique avancée (IPA) accèdent à des compétences élargies, notamment en matière d'examen clinique et de prescription d'examens complémentaires et de médicaments. De premières études rapportent les difficultés que rencontrent les IPA issues des premières promotions à développer leur activité, à l'hôpital comme en ville. Cette enquête sociologique qualitative par entretiens étudie les pratiques de ces

professionnelles en soins primaires. En dépit de l'intérêt qu'elles expriment pour leur nouvel exercice, toutes décrivent des difficultés majeures pour construire une activité clinique et investissent en complément des activités de coordination d'équipe pluriprofessionnelle, ou continuent en parallèle à exercer en tant qu'infirmière généraliste. Dans un contexte de fortes tensions autour des redéfinitions de la division du travail entre les professionnels de santé, particulièrement en libéral, l'étude des premières IPA, parmi lesquelles quelques-unes parviennent à constituer une file active de patients plus conséquente, permet d'éclairer les composantes de leur activité, et d'analyser les conditions de son développement. Au-delà du rôle joué par la démographie médicale sur le territoire, la diversité des situations rencontrées dépend notamment de la volonté des médecins de développer ou non une coopération interprofessionnelle, de la proximité sociale entre les médecins et les infirmières concernés, et du type d'autonomie que recherchent ces dernières.

► **Skill-Mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care**

MAIER C. B., *et al.*
2022

Cambridge : Cambridge University Press

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>

What are skill-mix innovations in the health workforce and why are they relevant? This systemic analysis of health workforce skill-mix innovations provides an overview of the evidence and lessons for implementation across multiple countries. The authors focus on six core segments of health systems: health promotion and prevention, acute care, chronic care, long-term and palliative care, as well as access for vulnerable groups and people living in underserved areas. In addition, this study by the European Observatory on Health Systems and Policies analyses the roles of educational systems, workforce planning and policy, and financing within individual countries' healthcare organizations from a cross-country perspective. Although implementing skill-mix changes may be prone to stakeholder opposition or other barriers, this book helps identify ways to steer the process. The authors ultimately determine what skill-mix innovations exist, who may benefit from the changes and how to implement these changes within health systems.

► **Nurse Practitioner Scope of Practice and Patient Harm: Evidence From Medical Malpractice Cases and Adverse Action Reports**

MARKOWITZ S. ET SMITH A. J. D.

2023

NBER Working Paper;31109. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w31109>

Many states have recently changed their scope of practice laws and granted full practice authority to nurse practitioners, allowing them to practice without oversight from physicians. Physician groups have argued against this change, citing patient safety concerns. In this paper, we use a ratio-in-ratio approach to evaluate whether the transition to full practice authority results in harm to patients as proxied by rates of malpractice payouts and adverse action reports against nurse practitioners. We find no evidence of such harm, and instead find that physicians may benefit from the law change in terms of reduced malpractice payouts against them.

► **Independent Report on the Regulation of Advanced Practice in Nursing and Midwifery**

PALMER W., *et al.*

2023

Londres Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2023-05/Advanced%20practice%20report%20FINAL%5B69%5D.pdf>

Nurses and midwives are increasingly taking on more complex, autonomous and expert roles – commonly referred to as ‘advanced practice’. However, the application of this title and role type varies hugely and this area of practice is not currently regulated in the same way as other professional groups. With expectations and scale of the advanced practice role evolving at pace, the Nursing and Midwifery Council committed to a comprehensive review of advanced nurse practice, commissioning the Nuffield Trust to provide an independent view on the risks and benefits of professionally regulating this area of care.

► **Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. Etats des lieux et propositions concrètes**

QUENEAU P. ET OURABAH R.

2023

Paris Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medicine.fr/les-zones-sous-denses-dites-deserts-medicaux-en-france-etats-des-lieux-et-propositions-concretes/>

L'extrême gravité de la pénurie en médecins en France et la complexité du problème posé ont conduit l'Académie nationale de médecine à établir un état des lieux précis et à exprimer plusieurs recommandations réunies dans ce rapport.

► **Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011**

SIMON M.

2023

Etudes Et Résultats (Drees)(1266)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER1266.pdf>

Depuis 2019, le nombre d'étudiantes en première année de formation d'infirmière progresse fortement pour atteindre près de 35 500 en 2021, après être resté globalement stable dans les années 2010, autour de 31 000. Le nombre de diplômées chaque année a cependant baissé de 7 % entre le pic des années 2010 et 2021 (de 26 500 à 24 500), les infirmières diplômées en 2021 n'étant pas encore concernées par la hausse des effectifs des promotions. Le nombre de diplômées en 2021 représente 81 % du nombre d'étudiantes entrées en formation trois ans plus tôt. En 2021, 10 % des étudiantes ont abandonné leurs études en première année de formation, elles étaient trois fois moins en 2011 (3 %). Sur l'ensemble de la scolarité de la promotion entrée en 2018, 14 % des étudiantes ont abandonné leurs études, soit 3 points de plus que pour la promotion 2011. Ces abandons sont plus fréquents en Normandie et dans les Pays de la Loire, ainsi que parmi les hommes. Une étudiante sur dix en première année de formation d'aide-soignante ou de manipulatrice d'électroradiologie médicale a abandonné ses études en 2021. Pour la plupart des formations sanitaires, le taux d'abandon en première année augmente sensiblement par rapport au début des années 2010. Parmi les formations d'une durée de trois ou quatre ans, le taux

d'abandon sur toute la scolarité a doublé au cours des années 2010 pour les manipulatrices d'électroradiologie médicale et les pédicures-podologues.

► **Measuring Access to and Quality of Primary Care in Quebec: Insights From Research on Patient Enrolment Policies**

STRUMPF E. C., *et al.*

2022

Perspectives

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cir:circah:2022pj-04&r=hea>

More than one million “orphan” patients do not have a family physician in Quebec as revealed by the department of Health and Social Services scoreboard. This spring, Minister Dubé has launched several initiatives aimed at transforming the health system to facilitate access to high-quality and timely primary care services. These reforms focus primarily on the enrolment of patients with a family physician. Having access to a regular source of care is almost universally seen as a good thing. In this short note, Erin C. Strumpf, McGill University Professor and Fellow CIRANO, and her co-authors challenge this idea. They show that there is a tendency to confuse concepts and assume that repeated contact is evidence of a truly caring, trusting patient-physician relationship, which could ultimately lead to better health outcomes. If we want to effectively create and evaluate interventions aimed at improving primary care, it is essential to clearly identify the processes through which patient care can be improved and to identify the most relevant measures that actually capture the outcomes of interest such as affiliation and continuity of care. That is what the authors precisely do here. By being honest and clear about what we can actually measure and evaluate with the data we have, they argue that we create an opening for more creative approaches to health policy evaluation.

► **En finir avec le «dogme de la liberté totale d'installation» des médecins**

UFC QUE CHOISIR

2023

Paris : UFC Que choisir

<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-la-medecine-hospitaliere-et-de-ville-en-etat-d-urgence-vitale-n106898/>

Dans cette étude, l'UFC Que choisir s'alarme des difficultés d'accès à la médecine de ville. Et plaide pour une coercition durable à l'installation des médecins libéraux.

► **Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référent**

VALLANCIEN G.

2023

Paris Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/quels-role-et-place-pour-le-medecin-generaliste-dans-la-societe-francaise-au-xxieme-siecle-du-medecin-traitant-a-lequipe-de-sante-referente/>

Le rôle et la place du médecin généraliste doivent évoluer vers une prise en charge globale des patients. L'usage des moyens diagnostiques et thérapeutiques numérisés et le partage des tâches dans une étroite collaboration avec les autres personnels soignants s'impose dans le cadre d'une collaboration étroite au sein de structures médicales dédiées qui se développeront dans les territoires. Le médecin généraliste aura une vocation d'assembleur et de référent personnel du patient tout au long de son parcours de soins.

Systèmes de santé

Healthcare systems

► **Czechia: Health System Review 2023**

BRYNDOVÁ L., *et al.*

2023

**Health systems in transition ; vol. 25, n°1.
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023>

Czech life expectancy increasingly rose from 2000 until the onset of the COVID-19 pandemic and health behaviours remain an area of concern for overall population health. A broad range of benefits are covered by the statutory health insurance system in Czechia, which is stewarded by the Ministry of Health. The health system is largely financed by public sources and private expenditures are low. Ongoing health reforms in Czechia aim to strengthen public health, health financing and care provision.

► **Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins**

COUR DES COMPTES

2023

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

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securete-sociale-2023>

Les réformes successives engagées pour adapter, moderniser et transformer le système de santé, peinent à changer les organisations qui demeurent cloisonnées (notamment entre secteurs d'activité ou entre métiers et prérogatives de chaque profession) et dispersées, en particulier pour les soins de ville. Pour remédier à ces obstacles profondément ancrés dans l'organisation du système de santé, les gouvernements successifs ont jugé que le recours à des expérimentations préalables était nécessaire. Durant deux décennies, des expérimentations se sont succédé sans lien les unes avec les autres, sans réelle articulation, sans vision d'ensemble et sans exigence en matière d'évaluation. Le législateur a donc décidé, par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 148 pour 2018, de définir un cadre juridique pérenne afin d'expérimenter de nouvelles organisations de soins et les conditions de leur financement. Un budget pluriannuel a été réservé

au programme d'expérimentation (511 M€ autorisés depuis 2018). À la fin de l'année 2022, 122 expérimentations avaient été autorisées. La Cour a analysé les modalités de gestion de ce programme et cherché à évaluer la capacité à transposer dans le droit commun les règles dérogatoires testées. Six projets seulement étant arrivés à terme, la Cour n'a pu toutefois en tirer tous les enseignements sur la pertinence au fond des dispositifs expérimentés. Il apparaît que, si le cadre général de conduite et d'évaluation des expérimentations a été modifié en profondeur (I), des adaptations du dispositif sont à envisager à très court terme afin d'assurer sa contribution à la transformation du système de santé (II).

► **The Rise and Decline of the NHS in England 2000–20: How Political Failure Led to the Crisis in the NHS and Social Care**

HAM C.

2023

Londres King's Fund

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/rise-and-decline-nhs-in-england-2000-20>

The health and social care sector now finds itself facing unprecedented challenges, from increasing demand and growing waiting lists, to a workforce in crisis. This paper analyses how a major public service that is highly valued by the public, was allowed to deteriorate. It focuses on the period since 2010 and the factors that contributed to the decline of the NHS after the progress that had been made in the previous decade. While the current situation can feel overwhelming, the improvements that occurred between 2000 and 2010 show that change is possible where the political will exists. The paper concludes by setting out what now needs to be done to sustain and reform the NHS, with a focus on spending decisions, moderating demand and sharing responsibility with patients and the public, alongside a long-term perspective.

► **Systèmes de santé : une comparaison France Etats-Unis**

JAEGGY C.
2023

Paris Fondation Jean-Jaurès

<https://www.jean-jaures.org/publication/systemes-de-sante-une-comparaison-france-etats-unis/>

En quoi consistent les systèmes de santé français et étatsunien ? En établissant une comparaison entre les deux systèmes, Céline Jaeggy, directrice des affaires juridiques et institutionnelles à l'Unédic, en propose une analyse précise et éclairante.

Travail et santé

Occupational health

► **Projections de la population active à l'horizon 2080**

BECHICHI N., *et al.*
2022

Document de travail (Insee) ; 1022. Paris Insee.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6472810>

Ce document de travail détaille l'exercice de projection de la population active en France par âge quinquennal à l'horizon 2080. Cet exercice s'appuie sur le scénario central des dernières projections de la population (Algava et Blanpain, 2021a, b). Jusqu'à 55 ans, le taux d'activité est projeté en prolongeant les tendances observées. Pour les tranches d'âge supérieures à 55 ans, le taux d'activité est projeté à l'aide du modèle de microsimulation Destinie (Blanchet et al., 2011) de manière à tenir compte de l'influence des règles de liquidation des pensions sur les comportements d'activité des seniors. L'ensemble des hypothèses et scénarios retenus dans le cadre de ces projections de population active a été validé au sein d'un groupe de travail réunissant des experts de différents organismes. La population active devrait continuer de progresser durant les deux décennies à venir mais à un rythme plus lent que lors de la décennie passée : +20 000 actifs par an en moyenne jusqu'en 2040 contre +90 000 actifs par an en moyenne entre 2011 et 2021. Dans ce scénario, la tendance s'inverserait à partir de 2040, avec une baisse annuelle moyenne d'environ 50 000 personnes actives jusqu'en 2050. La baisse s'atténuerait ensuite

jusqu'en 2065 avant de s'intensifier à nouveau pour atteindre un rythme d'environ – 80 000 personnes par an en moyenne entre 2065 et 2080. Ainsi, en raison du vieillissement de la population et de la baisse du taux d'activité global qu'il engendre, la population active passerait par un pic de 30,5 millions d'actifs en 2040 avant de décroître jusqu'à 28,3 millions d'actifs à l'horizon de projection en 2080.

► **Comment les 40-59 ans se projettent-ils dans leur fin de carrière ?**

BERHUET S., *et al.*
2023

Paris Credoc

<https://www.credoc.fr/publications/comment-les-40-59-ans-se-projettent-ils-dans-leur-fin-de-carriere>

L'intégration des travailleurs seniors est un enjeu majeur des politiques de l'emploi. A 60 ans, plus de la moitié de la population a déjà quitté le marché du travail : 22 % sont inactifs (invalidité, maladie...), 7 % au chômage et 29 % déjà en retraite¹. Dans un contexte d'intensification du travail sur une longue période, l'étude montre que les actifs nourrissent de vives inquiétudes quant à leur fin de carrière. 68 % craignent de ne pas être suffisamment en bonne santé pour tenir jusqu'à la retraite et 52 % redoutent une dégradation de leurs revenus. Ces inquiétudes touchent l'ensemble des catégories professionnelles et particulièrement les

femmes. Les actifs en deuxième partie de carrière anticipent pourtant qu'ils n'auront pas d'autre choix que de poursuivre leur activité jusqu'à l'âge de la retraite, voire au-delà, pour optimiser leur niveau de pension. L'enquête révèle aussi un manque de préparation et d'anticipation des salariés : moins d'un tiers perçoit les bénéfices de la formation ou l'intérêt de dispositifs d'aide aux aidants par exemple. Est-ce lié à une mise à distance des enjeux du vieillissement ? A l'absence de modèles et pratiques en la matière dans le marché du travail existant ?

► **La prise en compte des risques professionnels dans les retraites : effets sur la santé, C2P et catégorie actives. Dossier mensuel du COR**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2023

Paris : Conseil d'orientation des retraites
<https://www.cor-retraites.fr/node/609>

La pénibilité est définie comme l'exposition « à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles » sur la santé des salariés. Le risque associé à l'exposition individuelle à des conditions de travail pénibles n'est compensé par des possibilités de départ plus précoce que depuis 2014 pour les salariés du secteur privé, en complément du statut particulier accordé aux métiers de catégorie « active » dans la fonction publique. Un dispositif de retraite pour inaptitude s'adresse par ailleurs aux travailleurs « usés » dont l'incapacité à travailler a été constatée médicalement, pour leur permettre également un départ plus précoce. Ce dossier revient sur l'ensemble de ces dispositifs, rappelle les liens établis entre conditions de travail et santé, et présente un état des lieux de l'exposition aux risques professionnels en France.

► **Reconnaissance et prise en charge des troubles psychiques liés au travail en Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Suède)**

EUROGIP
2023

Paris Eurogip

<https://eurogip.fr/nouvelle-etude-deurogip-sur-la-reconnaissance-des-troubles-psychiques-lies-au-travail-en-europe/>

Ce rapport s'intéresse aux troubles psychiques liés à des risques psychosociaux (ceux causés par des substances toxiques, notamment les solvants, sont exclus); aux cinq pays qui reconnaissent les troubles psychiques en maladies professionnelles, ainsi qu'à l'Allemagne et la Belgique où des informations sur la reconnaissance en accidents du travail sont disponibles; au processus de reconnaissance du caractère professionnel des pathologies psychiques; aux statistiques publiées par les assureurs "accidents du travail / maladies professionnelles". Un point concerne la reconnaissance du suicide.

► **Accident de travail et télétravail dans sept pays européens**

EUROGIP
2023

Paris Eurogip

<https://eurogip.fr/accident-de-travail-et-teletravail-dans-7-pays-europeens-le-nouveau-rapport-deurogip/>

La crise sanitaire a entraîné une accélération sans précédent du télétravail. Aujourd'hui, cette forme d'organisation du travail semble durablement installée, et notamment le modèle hybride, conjuguant télétravail et journées en présentiel au bureau. Certaines questions relatives à l'assurance en cas d'accident en télétravail prennent alors toute leur importance. De quelle couverture le salarié peut-il bénéficier en cas d'accident du travail en télétravail ? Quelles sont les prérogatives de l'employeur qui reste responsable de la santé et la sécurité du salarié ? Quelle législation s'est développée et s'applique aujourd'hui ? Quelle jurisprudence ? Ce rapport analyse la situation au regard de ces questions dans sept pays européens : Allemagne, Autriche, Espagne, Finlande, France, Italie, Suède.

► **Occupational Safety and Health in Europe: State and Trends 2023**

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK

2023

Luxembourg: Publications Office of the European Union,

<https://osha.europa.eu/fr/publications/occupational-safety-and-health-europe-state-and-trends-2023>

Le rapport décrit l'état de la sécurité et de la santé au travail dans l'UE et couvre les tendances actuelles et les évolutions. Il utilise des données qui ont été compilées dans le cadre de l'activité « Système d'information de l'UE en matière de SST » de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et combine des indicateurs quantitatifs avec des descriptions explicatives et analytiques. Le rapport couvre les tendances observées au cours des 10 à 25 dernières années, en fonction de la disponibilité de données fiables et des problèmes méthodologiques. Il prend également en compte les facteurs contextuels pertinents et les infrastructures de SST. Enfin, il s'achève par un aperçu des aspects qui se sont améliorés, ont stagné ou ont connu une évolution ambiguë, ainsi que des domaines de préoccupation.

► **Fin de carrière des seniors : quelles spécificités selon les métiers ?**

FRANCE STRATÉGIE

2023

Note D'analyse (La)(121).

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2023-na121-emploi-seniors-avril_0.pdf

Toute réforme des retraites remet sous la loupe la question de l'emploi des seniors. Un chiffre s'invite alors dans l'équation : chaque année, en moyenne, environ 30 % des départs en fin de carrière ne relèvent pas d'un passage immédiat de l'emploi vers la retraite. Ces sorties précoces de l'emploi – donc hors retraite et pré-retraite – s'expliquent par trois causes principales : les raisons de santé, le chômage et l'inactivité. Si le phénomène est bien connu de manière globale, il manquait à ce jour un diagnostic précis par métier. L'ampleur de ces sorties précoces de l'emploi apparaît de fait très hétérogène : elles représentent plus de quatre départs en fin de carrière sur dix dans certains métiers, contre un sur dix à l'autre bout du spectre. Les métiers les plus concernés se trouvent dans l'hébergement-restauration (employés polyvalents, cui-

siniers), le bâtiment (second œuvre et gros œuvre), les services aux particuliers et aux collectivités (services à la personne, agents d'entretien) et la manutention. Le motif premier de ces départs varie : c'est la santé pour 30 % des caissiers et employés de libre-service, l'inactivité pour un ouvrier qualifié de la manutention sur cinq. Parmi les quinze métiers aux taux de départs précoces les plus élevés, dix figurent aussi parmi ceux dont les travailleurs déclarent le plus souvent « ne pas se sentir capables de faire le même travail jusqu'à la retraite ». S'agissant du chômage et de l'inactivité, les sorties précoces apparaissent modérément liées à la catégorie socioprofessionnelle. Les employés et ouvriers peu qualifiés sont en revanche surreprésentés dans les sorties précoces pour raisons de santé. Les conditions de travail contraignantes jouent ici un rôle, mais la corrélation reste modérée (0,6) : la part de ces départs est de 8 % chez les ouvriers qualifiés de la mécanique, contre 31 % chez les ouvriers peu qualifiés de la manutention, deux métiers aux conditions de travail contraignantes. Améliorer les conditions de travail reste un des leviers pour accroître le taux d'emploi et réduire les difficultés de recrutement dans les métiers combinant départs précoces pour raisons de santé et conditions de travail contraignantes.

► **The Relationship Between Quality of the Working Environment, Workers' Health and Well-Being: Evidence From 28 OECD Countries**

MURTIN F., *et al.*

2022

OECD Papers on Well-being and Inequalities; 04. Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-relationship-between-quality-of-the-working-environment-workers-health-and-well-being_c3be1162-en

This paper operationalises the OECD Guidelines for Measuring the Quality of the Working Environment (OECD, 2017) to describe job characteristics among European countries, the United States and Korea in 2010 and 2015. The analysis extends the range of aspects of quality of the working environment beyond those featuring in the Job Strain index presented by (Cazes, 2015), which is used to monitor implementation of the OECD Job Strategy, but at the cost of a more limited country coverage. While the two indices of job strain are largely consistent both across countries and over time, all of the job characteristics included in the "extended" index turns out to matter

for workers' well-being. The framework uses the job demands-resources model (Demerouti, 2001) that stresses the importance of balancing the demands of the job and the resources that are available to workers to meet those demands. Workers are classified as (heavily) strained when the number of job demands they face (largely) exceeds the number of job resources they benefit from, and conversely, they are classified as (very) well-resourced when their job resources (largely) exceed their job demands. On average among 28 OECD countries, about one third of employees are (moderately or heavily) strained at work, while one half are well-resourced. The share of employees that are heavily strained is close to 10%. Job strain is relatively more frequent among employees with low education and low occupational skills, and it is relatively less frequent in the service sector and in the public sector. Due to composition effects, women hold on average slightly less strained jobs than men. The share of strained workers has slightly declined on average over the 2010-2015 period, falling in a majority of countries. The improvement in working conditions is related to better prospects of career advancement, higher take-up of training, stronger social support and organisational participation at work, higher flexibility of working time, as well as lower exposure to physical risk factors, hard physical demands and unsocial work schedule. On the other hand, perceptions of job inse-

curity, intimidation and discrimination, as well as work intensity have been on the rise. Finally, quality of the working environment is strongly associated with workers' well-being as measured by mental and physical health, days of sickness, job satisfaction as well as job motivation, and the associated effects are potentially large. For most outcomes, perceived intimidation and discrimination at work is one of the most powerful predictor of workers' well-being.

► **Travail, santé-environnement : quels défis à relever face aux dérèglements climatiques**

NATON J. F.

2023

Paris Cese

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2023/2023_10_sante_environnement.pdf

Les impacts croissants des dérèglements climatiques sur les conditions de travail, tels les risques accrus d'accidents et de maladies à caractère professionnel, imposent de mettre le travail au centre de notre démocratie politique et sociale. Dans cet avis, le Cese fait des préconisations pour mieux connaître et prévenir les risques, auxquels de nombreuses travailleuses et travailleurs sont exposés.

Viellissement

Aging

► **Les proches aidants : typologie d'une population hétérogène**

BLAVET T. ET CAENEN Y.

2023

Dossiers De La Drees (Les)(110).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD110.pdf>

Dans cette nouvelle étude, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en partenariat avec l'Institut des politiques publiques (IPP), propose une typologie des proches aidants de personnes vivant à leur domicile. Elle y présente les grandes situations types et les ordres de grandeur des effectifs des populations concernées.

► **La moitié des seniors en institution a un niveau de vie compris entre 1100 et 1900 euros par mois**

BONESCHI S. ET ESTEBAN L.

2023

Etudes Et Résultats (Drees). (1264).

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1264_0.pdf

Cette étude porte sur les niveaux de vie des personnes âgées de 60 ans ou plus qui vivent en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou unités de soins de longue durée (USLD) en 2016. Réalisée à partir des données de l'enquête

CARE- Institutions appariées aux données socio-fiscales, cette étude est enrichie par une analyse des pensions à un niveau infranational issue de travaux sur les déclarations fiscales des résidents d'Ehpad non mariés.

► **Who Gets Injured at Home? Evidence From Older People in France**

BONNAL L, *et al.*

2022

Bulletin of Economic Research 75(2): 450-475.

<https://ideas.repec.org/a/bla/buecrs/v75y2023i2p450-475.html>

The study analyses unintentional home and leisure injuries (HLIs) for the French senior population using data from the 2012 wave of the French health, health care and insurance survey. The results of our logit models reveal that health status, age, and risky attitudes are the main characteristics associated with HLIs for older people. When the severity of injuries is taken into consideration, the highest exposure to HLIs concerns the oldest seniors, aged 85 years old or older, with deteriorated health. This result is confirmed in the case of severe indoor HLIs, whereas for severe outdoor injuries, the most vulnerable individuals seem to be younger seniors, that is, 75–79 years old. Moreover, our findings suggest that HLIs, and mainly severe home HLIs, generate a short-term influence on a person's health.

► **La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis**

CHASSANG M.

2023

Paris Cese

<https://www.lecese.fr/actualites/prevention-perse-autonomie-vieillessement-cese-adopte-avis>

Par cet avis, le Cese souhaite non seulement réaffirmer la place essentielle qu'occupent et qu'occuperont nos aînés au cœur de la société, mais propose également un certain nombre de recommandations de politiques publiques destinées à déployer des solutions opérationnelles à même de prévenir et accompagner la perte d'autonomie dans tous les domaines. Appuyé sur un état des lieux précis et documenté, cet avis propose 19 préconisations en ce sens, présentées autour de 6 axes, et visant à : Reconnaître la place des personnes âgées dans la société et les associer davantage aux choix de politique publique ; Identifier, repérer et agir

plus en amont sur les facteurs de risques ; Consolider les démarches « d'aller vers » face aux fragilités et aux exclusions ; Mettre en place un « parcours de l'habitat » ; Se donner les moyens : recruter dans les métiers de l'accompagnement et mieux soutenir les aidants ; Gouvernance : partir de ce qui a fait ses preuves et intégrer pleinement la prévention dans un service public territorial de l'autonomie à créer.

► **La retraite des femmes et des hommes : une réduction des écarts à poursuivre**

COUR DES COMPTES

2023

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

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>

Le présent chapitre caractérise les écarts, en termes de carrière professionnelle et de salaire, qui conduisent les femmes à acquérir moins de droits à retraite, situation qu'aggravent les modalités d'acquisition des droits liés à l'emploi (I). Ces écarts sont atténués principalement par les droits liés aux enfants (plus de 20 Md€ de prestations) et les pensions de réversion (36Md€), qui doivent cependant prendre davantage en compte les inégalités entre les femmes et les hommes tout en permettant la maîtrise des dépenses (II).

► **L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? Diagnostic et propositions**

DOMERGUE L. ET REHOR P.

2023

Paris Fondation Jean-Jaurès

<https://www.jean-jaures.org/publication/laccompagnement-de-la-perse-dautonomie--une-politique-publique-en-desherence-diagnostic-et-propositions>

Avec le vieillissement de la population française, mais aussi les problématiques spécifiques des personnes handicapées ou de celles atteintes de maladies rares, la question de la prise en charge de la perte d'autonomie devra être posée de manière globale, en intégrant tous les aspects de cet enjeu citoyen majeur : le financement bien sûr, mais aussi la place des aidants, le défi des ressources humaines, etc. Ce rapport formule différentes propositions, de portée immédiate, pour faire de la perte d'autonomie la priorité des politiques publiques dans les prochaines années.

► **Réforme des retraites : une résorption partielle du déficit après 2030**

ECALLE F., *et al.*
2023

Repères(5)

La présente note établit une évaluation des conséquences financières de la réforme adoptée. La réforme conduit à décaler le début de versement des pensions des futurs retraités (report progressif de l'âge d'ouverture des droits de 62 à 64 ans) tout en accélérant l'allongement à 43 ans de la durée de cotisation prévu par la réforme Touraine. Elle génère une baisse des dépenses de retraites, mais celle-ci est très atténuée par les mesures au titre des départs anticipés (en priorité carrières longues, invalidité et inaptitude), de solidarité en faveur des retraités modestes et d'accompagnement vers l'emploi des séniors. Compte tenu de la hausse des dépenses sociales par ailleurs pour les séniors ni en emploi ni à la retraite, l'effet global de la réforme sur les dépenses publiques est limité.

► **Life and Death in Long-Term Care: Are We Learning the Wrong Lessons From Covid-19?**

GRIGNON M. ET HOTH H.
2023

Montréal IRPP

<https://irpp.org/research-studies/life-and-death-in-long-term-care-are-we-learning-the-wrong-lessons-from-covid-19/>

This report assesses excess mortality in long-term care homes during the pandemic (measuring the change in differential mortality between 2018, a non-pandemic year, and the first wave of the pandemic in 2020) concluded that one third of the excess deaths were linked to the way institutions are organized and funded, such as crowding, and a lack of adequate staffing and prevention and control practices. The remainder are attributed to factors outside institutional control, including the higher COVID-related mortality risk among residents with certain underlying illnesses.

► **Pénibilité du travail et retraite : une comparaison internationale des dispositifs existants**

JOLIVET A.
2023

Noisy-Le Grand Ceet.

<https://ceet.cnam.fr/publications/documents-de-travail/penibilite-du-travail-et-retraite-une-comparaison-internationale-des-dispositifs-existants-1406126.kjsp>

La pénibilité du travail fait l'objet de débats et de dispositions nouvelles dans plusieurs pays au cours des dernières années. Comment est-elle prise en compte dans le champ de la retraite selon les pays? En quoi consistent les dispositifs spécifiques existants? Une comparaison internationale est menée sur les dix pays suivis par le Conseil d'orientation des retraites et quatre pays supplémentaires où de tels dispositifs existent. Pour une partie des pays examinés, il n'existe pas de définition de la pénibilité du travail (Belgique et Pays-Bas pour le secteur privé, Suède, Royaume-Uni, Canada et États-Unis). Les autres pays présentent deux cas de figure. Dans le premier cas de figure, les dispositifs sont définis à partir d'une liste de conditions de travail (Finlande), de métiers, professions ou activités (Belgique pour la fonction publique) ou des deux (Autriche). Dans le second cas de figure, les dispositifs combinent une référence plus ou moins précise aux effets du travail (sur la santé, sur l'espérance de vie en bonne santé, sur la capacité à rester en emploi ou encore sur la mortalité) à une liste de conditions de travail et/ou de métiers et professions (France, Espagne, Portugal, Italie et Pologne). Trois types de conditions de travail sont le plus souvent retenus : l'environnement physique (bruit, chaleur, froid, milieu hyperbare très souvent), sur lequel il existe un large consensus; les rythmes de travail (travail de nuit, seul ou combiné à d'autres conditions de travail) et le travail physique (avec des caractérisations très différentes selon les pays). Les quatre pays qui assoient des dispositifs sur les conditions de travail vont au-delà des critères retenus en France : sont notamment prises en compte les vibrations, les postures, l'exposition à des substances physiques et chimiques, la charge de travail mentale et émotionnelle. Les métiers ou les professions considérés comme pénibles sont très variables selon les pays. Des listes très détaillées existent en Pologne et en Autriche. En revanche les métiers ou groupes professionnels sont beaucoup plus limités en Espagne et au Portugal. Certains métiers sont pris en compte dans quasiment tous les pays. Dans les pays qui ont une définition de la pénibilité, il existe des possibili-

tés de retraite anticipée liée à la pénibilité du travail. Des dispositions existent dans des accords collectifs de branches ou d'entreprises dans les pays sans dispositif national comme l'Allemagne et la Suède. La combinaison des critères de délimitation de la pénibilité et des autres conditions d'éligibilité tend à restreindre l'accès effectif à ces retraites anticipées. Lorsque le nombre de personnes qui prennent une retraite anticipée spécifique est disponible, il est modéré (Autriche) à extrêmement faible (Finlande). La France se situe entre les deux.

► **Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?**

PENNEAU A. ET OR Z.

2023

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(279).

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/279-les-inegalites-territoriales-de-financement-et-d-accessibilite-des-soins-medico-sociaux.pdf>

Le niveau d'offre et de financements médico-sociaux varie fortement en fonction de l'attractivité des territoires et des politiques locales. L'accessibilité aux soins médico-sociaux est donc inégale en fonction du lieu de résidence des seniors. Cette étude analyse ces inégalités territoriales et mesure leurs liens avec les dépenses de santé des seniors en se concentrant sur une population qui a des besoins de soins multiples, les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa). En France, une personne âgée de 75 ans et plus sur quatre vit dans une zone faiblement dotée en termes d'offre médico-sociale à domicile et en établissement. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses d'hospitalisation des patients atteints de Masa sont plus élevées et les dépenses ambulatoires plus faibles dans les territoires moins dotés en offre médico-sociale et dans les départements dont les financements de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sont les plus limités. Ces résultats confirment que la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations et favoriser une prise en charge en ville des seniors atteints de maladies neurodégénératives.

Index des auteurs Author index

A

Abrahamsson S. S.	21
Anap	31
Arminjon M.	28
Auvigne F.	16

B

Bec E.	25
Bechichi N.	48
Bedoya G.	27
Bellamy V.	25
Bergeat M.	42
Bergonzoni A.	27
Berhuet S.	48
Bernard J. Y.	21
Bhalotra S.	27
Bithorel P. L.	12
Blanchflower D. G.	22
Blavet T.	51
Bodier M.	28
Boisseuil C.	28
Boneschi S.	51
Bonnal L.	52
Bras P. L.	11
Bryndová L.	47
Bryson A.	22

C

Cabral M.	11
Caenen Y.	51
Calvez C.	18
Carpenter C. S.	39
Case A.	28
Charapoff S.	39
Chassang M.	52
Chhatwal J.	12
Churchill B. F.	39
Cnam	32
Cnom	17
Comité Consultatif National d'Éthique	17
Conférence Nationale de Santé	33

Conseil d'Orientation des Retraites	49
Costamagna F.	11
Couralet D.	38
Cour des Comptes	13 , 14 , 17 , 27 , 47 , 52
Croutte P.	37
Cyrulnik B.	39

D

Dahan M.	33
Davin-Casalina B.	42
Deaton A.	28
Delahais A.	19
Desjonquieres M.	33
Dherbécourt C.	29
Domergue L.	52
Downey E.	22
Dubois P.	31
Duprat L.	31

E

Ecalte F.	53
El Konnadi S.	26
Espagnacq M.	32
Esteban L.	51
Eurogip	49
European Agency for Safety and Health at Work	50

F

Ferre J.	29
Fiat C.	34
Flamant P.	34
Flora L.	18
Fournier C.	44
France Assos santé	34
France stratégie	50

G

Gady-Cherrier C.....	43
Gintz R.....	14
Glied S. A.....	11
Goldsmith-Pinkham P.....	12
Gorreri S.....	43
Great Britain. Department of Health and Social Care.....	17
Gremy I.....	24
Grignon M.....	53
Gupta A.....	15

H

Ham C.....	47
Hansen B.....	40
Haut Conseil de la santé publique.....	34 , 35 , 38
Haute Autorité de Santé.....	15 , 22
Heckman J. J.....	15
Hedon C.....	29
Henckes N.....	39
Hewitt H. P.....	43
Hothi H.....	53
Huissier P.....	33

I

Institut National du Cancer	35
-----------------------------------	----

J

Jaeggy C.....	48
Jolivet A.....	53
Joseph D.....	35

K

Khattabi F.....	43
Ko H.....	11

L

Laville M.....	36
Lemoine P.....	39
Le Rollan D.....	30
Lindner L.....	15
Lorenzoni L.....	15
Luan L.....	44
Lubker C.....	30
Lukas K.....	26
Lunel A.....	18

M

Mahfouz S.....	19
Maier C. B.....	44
Majerus B.....	39
Marcotte D. E.....	40
Markowitz S.....	45
Marrauld L.....	18
Martin D.....	34
Mignon D.....	40
Mills C.....	37
Ministère chargé de la Santé.....	18
Montagni I.....	40
Morvan M.....	24
Murtin F.....	30 , 50

N

Naton J. F.....	51
Neumark D.....	23

O

OCDE.....	16 , 32
Organisation Mondiale de la Santé	23
Or Z.....	20 , 21 , 54
Ourabah R.....	45

P

Palmer W.	45
Penneau A.	54
Perozziello A.	41
Pirus C.	30
Pisany-Ferry J.	19
Poupee-Fontaine D.	26

Q

Queneau P.	45
Querton V.	36

R

Rabes C.	36
Razzouk D.	41
Reberga A.	36
Reda R.	36
Reduron V.	12
Rehor P.	52
Rey S.	23
Ricour C.	37
Robinet A.	19

S

Safon M. O.	20
Seppanen A. V.	20, 21
Simon M.	45
Smith A. J. D.	45
Strumpf E. C.	46

T

Taboury S.	37
Tabuteau D.	11
Theurel A.	41

U

UFC Que choisir.	46
-----------------------	----

V

Vallancien G.	46
--------------------	----

W

Wiiktkar F.	33
------------------	----

Z

Zantman F.	43
Zribi G.	26

