

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mai 2021 / May 2021

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Covid-19	<i>Covid-19</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicament	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Réglementation	<i>Law</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>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
117bis rue Manin - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • www.irdes.fr

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 9 **Market Forces In Healthcare Insurance: The Impact Of Healthcare Reform On Regulated Competition Revisited**
Biker J. et Bekooij J.
- 9 **Getting The Price Right? The Impact Of Competitive Bidding In The Medicare Program**
Ding H., Duggan M. et Starc A.
- 9 **Osons une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé**
Gueniau J.

Covid-19

Covid-19

- 10 **A Comparison Of National And International Approaches To COVID-19-Related Measures**
Abir M., Beckett M. K., Huang W., et al.
- 10 **Modelling The Global Prevalence Of COVID-19: An Econometric Approach**
Adekunle W., Oyolola F., Atolagbe O. A., et al.
- 10 **The Trade-Off Between Prioritization And Vaccination Speed Depends On Mitigation Measures**
Agarwal N., Komo A. et Patel A.
- 11 **Preparing For A Pandemic: Accelerating Vaccine Availability**
Ahuja A., Athey S., Baker A., et al.
- 11 **The Gendered Impact Of The COVID-19 Recession On The US Labor Market**
Albanesi S. et Kim J.
- 11 **The Covid-19 Crisis: An NLP Exploration Of The French Twitter Feed (February-May 2020)**
Balech S., Benavent C., Calciu M., et al.
- 12 **Geography Of COVID-19 Outbreak And First Policy Answers In European Regions And Cities**
Bourdin S. et Noiret G.
- 12 **Maximizing Fit For Cloth And Medical Procedure Masks To Improve Performance And Reduce SARS-Cov-2 Transmission And Exposure, 2021**
Brooks J. T., Beezhold D. H., Noti J. D., et al.
- 12 **Weather, Psychological Wellbeing And Mobility During The First Wave Of The COVID-19 Pandemic**
Burdett A., Davillas A. et Etheridge B.
- 12 **COVID-19 Has Strengthened The Relationship Between Alcohol Consumption And Domestic Violences**
Chalfin A., Danagouliau S. et Deza M.
- 13 **Pandemic Economics And The Transformation Of Health Policy**
Chen X. et Fan A.
- 13 **The First Wave Of The COVID-19 Pandemic And Its Impact On Socioeconomic Inequality In Psychological Distress In The UK**
Davillas A. et Jones A. M.
- 13 **Federalism And Public Health Decentralisation In The Time Of COVID-19**
De Biase P. et Dougherty S.
- 13 **A Framework For Estimating Health Spending In Response To COVID-19**
Dudine P., Hellwig K. P. et Jahan S.
- 14 **Anxiety Increases The Willingness To Be Exposed To COVID-19 Risk Among Young Adults In France**
Etile F. et Geoffard P. Y.
- 14 **Growing Up In Lockdown: Europe's Children In The Age Of COVID-19 - 2020 Eurochild Report**
Eurochild
- 14 **Biases In Information Selection And Processing: Survey Evidence From The Pandemic**
Faia E., Fuster A., Pezone V., et al.

- 15 **L'état du mal-logement en France 2021 : 26ème rapport annuel**
Fondation Abbé Pierre
- 15 **Le pouvoir d'agir de personnes invisibilisées dans un monde sous emprise de l'incertain : Carnets de terrain 2020**
Georis V.
- 15 **Lockdown Exit And Control Of The Covid-19 Epidemic: Group Tests Can Be More Effective**
Gerschel E., Gollier C. et Gosner O.
- 15 **To What Extent Does In-Person Schooling Contribute To The Spread Of COVID-19? Evidence From Michigan And Washington**
Goldhaber D., Imberman S. A., Strunk K. O., et al.
- 16 **A First Literature Review: Lockdowns Only Had A Small Effect On COVID-19**
Herby J.
- 16 **The COVID-19 Pandemic's Evolving Impacts On The Labor Market: Who's Been Hurt And What We Should Do**
Hershbein B. J. et Holzer H. J.
- 16 **Worry Much? Preventive Health Behaviours Related To Worry Across Countries Amid COVID-19**
Kapoor H. et Tagat A.
- 17 **Impact Of January 2021 Social Distancing Measures On SARS-Cov-2 B.1.1.7 Circulation In France**
Di Domenico L., Sabbatini C., Pullano J., et al.
- 17 **La protection sociale française à l'épreuve de la pandémie de COVID 19 : épreuves d'un système ancien et opportunités d'un nouveau modèle**
Libault D.
- 17 **Covid-19 And Obesity : 2021 Atlas**
Lobstein T.
- 18 **Pricing The COVID-19 Vaccine: A Mathematical Approach**
Martonosi S., Behzad B. et Cummings K.
- 18 **Regional Economic Impact Of Covid-19: The Role Of Sectoral Structure And Trade Linkages**
Meinen P., Serafini R. et Papagalli O.
- 18 **France's Response To The Covid-19 Pandemic: Between A Rock And A Hard Place**
Or Z., Gandre C., Durand-Zaleski I., et al.
- 18 **Renforcer la première ligne : comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- 19 **Un monde en péril : Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire**
Organisation Mondiale de la Santé
- 19 **Worker Well-Being Before And During The COVID-19 Restrictions: A Longitudinal Study In The UK**
Pelly D., Daly M., Delaney D., et al.
- 19 **The Future After Covid-19: Healthcare, Digitalization And Inequality: Scientia Moralitas Conference Proceedings**
Puaschunder J. M.
- 20 **Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France**
Roux J., Lefort M., Bertin M., et al.
- 20 **Covid-19 : Eléments de littérature scientifique. 2e partie**
Safon M. O. et Suhard V.
- 20 **Containing The COVID-19 Pandemic: What Determined The Speed Of Government Interventions?**
Siedschlag J. et Yan W.
- 20 **Long-Term Care At Home And Female Work During The COVID-19 Pandemic**
Sugawara S. et Nakamura J.
- 21 **Etude PréCARES, Précarités et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé**
Veran J. F., Viot M., Mollo B., et al.
- 21 **Motivated Beliefs And The Elderly's Compliance With Covid-19 Measures**
Von Siemens F. A.

E-santé – Technologies médicales **E-health – Medical technologies** _____

- 21 **Parcours, coordination et outils numériques**
Agence Nationale d'Appui à la Performance

- 21 **Impact Of Telehealth Use On Healthcare Utilization: A Quasi-Experimental Study Of Maryland Patients**

Ayabacan S., Bardhan I. et Zheng E.

- 22 **Économie et gouvernance de la donnée : Avis du Cese**

Duboc S. et Noel D. J.

- 22 **Engageons enfin la révolution de la téléconsultation – Pour une IA au service des patients et des médecins**

Gueniau J.

- 23 **Fostering Participation In Digital Public Health Interventions: The Case Of Digital Contact Tracing**

Rehse D. et Tremohlen F.

Économie de la santé

Health Economics

- 23 **Political Institutions And Health Expenditure**

Blum J., Dorn F. et Heuer A.

- 23 **Looking Into The Black Box Of “Medical Progress”: Rising Health Expenditures By Illness Type And Age**

Breyer F., Lorenz N., Pruckner G., et al.

- 24 **La régulation économique de la santé**

Conseil d'Etat

- 24 **The Two Faces Of Information**

Gaballo G. et Ordóñez G.

- 24 **Rapport sur la structure des recettes finançant la protection sociale**

Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

- 24 **Rapport sur l'état des lieux du financement de la protection sociale**

Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

- 24 **How Does Cost-Sharing Impact Spending Growth And Cost-Effective Treatments? Evidence From Deductibles**

Lucarelli C., Freaun M., Gordon A. S., et al.

- 25 **A Welfare Analysis Of Competitive Insurance Markets With Vertical Differentiation And Adverse Selection**

Macleod W. B.

État de santé

Health Status

- 25 **Through A Gender Lens: Women And Tobacco In The WHO European Region**

Organisation Mondiale de la Santé

- 26 **20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence**

Spilka S., Le Nezet O., Janssen E., et al.

- 26 **La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises ?**

Vigieron E.

Géographie de la santé

Geography of Health

- 26 **Santé : vous reprendrez bien un peu de désert ? Dossier**

Association des Maires Ruraux de France

- 27 **Rural Hospital Closures: Affected Residents Had Reduced Access To Health Care Services**

Cosgrove J.

Handicap

Disability

- 27 **Projet Communautés 360 Contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap**

Aragona E., Baudot P. Y. et Robelet M.

- 27 **Davantage de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap dans les quartiers prioritaires de la ville**

Baradji E.

- 28 **Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial**

Baradji E. et Dauphin L.

- 28 **Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ?**

Penneau A. et Pichetti S.

Hôpital Hospital

- 29 **Urgent Care Centers, Hospital Performance And Population Health**
Bhalotra S. R., Nunes L. et Rocha R.
- 29 **Publicly Funded Hospital Care: Expenditure Growth And Its Determinants**
Rice N. et Aragon M. J.

Inégalités de santé Health inequalities

- 29 **Inégalités et évolutions récentes de l'espérance de vie**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 30 **Pauvreté dans le monde : une baisse menacée par la crise sanitaire**
Damon J.
- 30 **How Important Is Health Inequality For Lifetime Earnings Inequality?**
Hosseini R., Kopecky K. et Zhao K.
- 31 **Comportement alimentaire, activité physique, sédentarité et inégalités sociales de santé à l'adolescence**
Manneville F.
- 31 **Delivering Quality Education And Health Care To All. Preparing Regions For Demographics Change**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Médicament Pharmaceuticals

- 31 **Innovation pharmaceutique : comment combler le retard français ?**
Kyle M. et Perot A.
- 32 **Impact Of The Affordable Care Act's Physician Payments Sunshine Act On Physician Prescribing**
Li J., Wu B., Flory J., et al.
- 32 **Market Review – European Generic Medicine Markets 2020**
Medicines for Europe

- 33 **Surveillance de la consommation d'antibiotiques en Ehpad. Mission SPARES. Données 2018-2019**
Santé Publique France

Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

- 33 **Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ?**
Dauphin L. et Eideliman J. S.

Politique de santé Health Policy

- 34 **Plan européen pour vaincre le cancer**
Commission Européenne
- 34 **ARS : Bilan et propositions avec focus sur les instances de démocratie en santé : note de position. Audition MECSS**
Vervialle A.

Politique sociale Social Policy

- 34 **Hébergement d'urgence permanent : davantage de familles et des séjours rallongés au cours des années 2010**
Cabannes P. Y. et Emorine M.
- 35 **How Reliable Are Social Safety Nets? Value And Accessibility In Situations Of Acute Economic Need**
Hyee R., Immervoll H., Fernandez R., et al.

Psychiatrie Psychiatry

- 35 **Parcours de soins en psychiatrie**
Cour des Comptes
- 36 **Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient**
Dupays S. et Emmanuelli J.

- 36 **Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023**
Haute Autorité de Santé

Réglementation

Law

- 36 **Leçons de droit de la protection sociale**
Coursier P.

Sociologie

Sociology

- 37 **Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée**
Ambrosino F.
- 37 **Un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires**
Guerry R.
- 37 **Participation des usagers : de l'implication à la coopération**
Fédération Addiction
- 38 **Les mutations du travail**
Dubet F.
- 38 **L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles**
Vezinat N.

Soins de santé primaires

Primary health care

- 38 **International Migration And Movement Of Doctors To And Within OECD Countries - 2000 To 2018: Developments In Countries Of Destination And Impact On Countries Of Origin**
Socha-Dietrich K. et Dumont J. C.
- 39 **International Migration And Movement Of Nursing Personnel To And Within OECD Countries - 2000 To 2018: Developments In Countries Of Destination And Impact On Countries Of Origin**
Socha-Dietrich K. et Dumont J. C.

Systemes de santé

Health Systems

- 40 **Protéger le droit à la santé grâce à des systèmes de santé inclusifs et résilients accessibles à tous**
Conseil de l'Europe
- 40 **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires européennes sur l'Union européenne et la santé**
Gruny P. et Harribey L.
- 40 **Lessons From Denmark About Inequality And Social Mobility**
Heckman J. J. et Landerso R.
- 40 **Health System Review : Canada**
Marchildon G. P., Allin S. et Merkur S.
- 41 **How To Transform The U.S. Mental Health System: Evidence-Based Recommendations**
McBain R. K., Eberhart N. K., Breslau J., et al.
- 41 **Health System Review : Belgium**
Merkur S. et Van Ginneken E.
- 41 **Health System Review : United States Of America**
Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., et al.
- 42 **Sécuriser et améliorer notre système de santé : capitaliser sur nos points forts pour corriger nos faiblesses**
Tison E., Calmels D. et Kyrylesku A.
- 42 **Health Reform Reconstruction**
Wiley L.F. et McCuskey E.Y.

Travail et santé

Occupational Health

- 43 **« Excellence productive » et santé au travail**
Stimec A.
- 43 **Work Beyond The Age Of 50. What Role For Mental V.s. Physical Health?**
Vandenbergh V.

Vieillessement

Aging

- 43 **The Future Of The Elderly Population Health Status: Filling A Knowledge Gap**
Atella V., Belotti F., Kim D., et al.
- 44 **Why Does Consumption Fluctuate In Old Age And How Should The Government Insure It?**
Borella M. et De Nardi M.
- 44 **L'accueil familial est une réponse «humaine et économique » aux enjeux du vieillissement**
Corneloup J. et Robert M.
- 44 **Does Private Equity Investment In Healthcare Benefit Patients? Evidence From Nursing Homes**
Gupta A., Howell S. T., Yannelis C., et al.
- 44 **Long-Term Care And Health Care Insurance In OECD And Other Countries**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- 45 **Public And Private Sector Relationships In Long-Term Care And Healthcare Insurance**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Assurance maladie

Health Insurance

► **Market Forces In Healthcare Insurance: The Impact Of Healthcare Reform On Regulated Competition Revisited**

BIKER J. ET BEKOOIJ J.

2021

DNB Working Paper; 705. Amsterdam Netherlands Central Bank.

https://www.dnb.nl/media/fapcm3v5/working_paper_no-_705.pdf

This paper investigates the impact of market forces on competitive behaviour and efficiency in healthcare by investigating the Dutch healthcare insurance reform in 2006. This reform replaced the dual system of public and private insurance with a single compulsory health insurance scheme, in which insurance providers compete for customers in a free market. We measure competition directly from either shifts in market shares, or developments in profits. Using formal tests we find that in each approach a structural break occurs after the reform: competition is significantly higher after 2006 than before. Several robustness tests confirm this outcome. Nevertheless, we find that the health insurance sector is still less competitive than the banking, manufacturing and service industries, and even less competitive than life insurance.

► **Getting The Price Right? The Impact Of Competitive Bidding In The Medicare Program**

DING H., DUGGAN M. ET STARC A.

2021

NBER Working Paper Series ;28457. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28457>

We study Medicare's competitive bidding program (CBP) for durable medical equipment (DME). We exploit Medicare claims data to examine both prices and utilization, focusing on continuous positive airway pressure (CPAP) devices to treat sleep apnea. We find that spending falls by 47.2% percent after a highly imperfect bidding mechanism is introduced. The effect is almost entirely driven by a 44.8% price reduction, though quantities also fall by 4.3%. To disentangle supply and demand, we leverage differential cost sharing

across Medicare recipients. We measure a demand elasticity of -0.272 and find that quantity reductions are concentrated among less clinically appropriate groups.

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

GUENIAU J.

2021

Paris : Institut Sapiens

<https://www.institutsapiens.fr/osons-une-nouvelle-complementarite-entre-la-securite-sociale-et-les-complementaires-sante/>

Cette note s'inscrit dans le prolongement direct de l'étude « Sécuriser et améliorer notre système de santé » publiée par l'Institut Sapiens en septembre 2020, et vise à en prolonger l'analyse sur un aspect particulier : celui du rôle des complémentaires santé, dans le cadre du contrat responsable. Elle s'inscrit également dans l'actualité des travaux du Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui portent actuellement sur la place de la complémentaire santé et prévoyance en France. En effet, les garanties de couverture des contrats de complémentaires santé, souscrites à titre individuel et surtout à titre collectif, dans le cadre de l'entreprise, ne sont pas libres. Un cadre a été défini par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 : le Contrat responsable, qui fixe aux complémentaires santé des obligations, comme celle de rembourser un montant minimum en optique, et des interdictions, comme celle de ne pas rembourser certains dépassements d'honoraires au-dessus d'un montant déterminé. En définitive, le contrat responsable a progressivement conduit les complémentaires santé à devenir les hyper-spécialistes du financement de ces trois domaines (optique, dentaire et aides auditives). Ce mouvement s'est opéré au détriment d'une différenciation souhaitable du rapport garanties/prix des couvertures proposées, suivant les besoins et les moyens des assurés, mais surtout au détriment du financement du reste à charge (RAC) des assurés en cas de gros incident de santé, comme l'hospitalisation et les Affections de Longue Durée (ALD). Cette logique a finalement abouti à la séparation du petit et du gros risque : l'Assurance maladie a vu croître sa

part (78,2 % en 2019) dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) puisqu'elle prend en charge à 100 % les frais de soins hors dépassements d'honoraires et soins non-remboursables pour les ALD; tandis que les OC ont pris une place croissante dans

le « petit risque ». Cette répartition avait pourtant été très largement rejetée lors de la dernière campagne présidentielle, car elle ne répond à aucune logique médicale ou médico-économique.

Covid-19

Covid-19

► **A Comparison Of National And International Approaches To COVID-19-Related Measures**

ABIR M., BECKETT M. K., HUANG W., *et al.*

2021

Santa Monica Rand Corporation.

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RRA400/RRA438-1/RAND_RRA438-1.pdf

To track how well different countries and U.S. states are responding to the pandemic—and to make valid cross-country and cross-state comparisons—uniform measures are needed for key indicators, such as case identification/testing, hospitalization, mortality, and excess mortality. The authors of this report examined measures used in the early stages of the pandemic (December 2019–May 2020) and found tremendous variability in how different countries and U.S. states measure and report on COVID-19 indicators. The authors make recommendations for the use and development of measures that would allow for more standardized and valid comparisons.

► **Modelling The Global Prevalence Of COVID-19: An Econometric Approach**

ADEKUNLE W., OYOLOLA F., ATOLAGBE O. A., *et al.*

2021

Abuja NESG.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3761296&dgcid=ejournal_html_email_health:economics:evaluation:methods:ejournal_abstractlink

The global economies were caught up unawares with the sudden outbreak and rapid spread of coronavirus pandemic from Wuhan City of China to the rest of the world. A number of studies have been conducted to investigate the drivers of the spread of the viral infection. To differ with these studies which were mostly

epidemiological-based, we employed a cross-sectional quantile regression approach to uncover both the common and region-specific socio-economic conditions that are instrumental in the spread of the pandemic across four continents of the world including Africa, Asia, America and Europe. Across the four continents, we observed that age characteristics proxied by life expectancy and the size of the aged population, as well as, overall spending on the health sector have significant impact on the spread of COVID-19. We also noted the significant roles of out-of-pocket spending on healthcare in the case of Africa, net migration in the case of America and tourism attraction in the case of Europe in driving the prevalence of coronavirus. We therefore draw policy implications in terms of the need for improved spending on health sector across continents, the need to intensify health checks for travelers and immigrants, and the need to emphasize regular check-ups for all individuals across continents irrespective of age groups.

► **The Trade-Off Between Prioritization And Vaccination Speed Depends On Mitigation Measures**

AGARWAL N., KOMO A. ET PATEL A.

2021

NBER Working Paper Series ;28519. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28519>

Calls for eliminating prioritization for SARS-CoV-2 vaccines are growing amid concerns that prioritization reduces vaccination speed. We use an SEIR model to study the effects of vaccination distribution on public health, comparing prioritization policy and speed under mitigation measures that are either eased during the vaccine rollout or sustained through the end of

the pandemic period. NASEM's recommended prioritization results in fewer deaths than no prioritization, but does not minimize total deaths. If mitigation measures are eased, abandoning NASEM will result in about 134,000 more deaths at 30 million vaccinations per month. Vaccination speed must be at least 53% higher under no prioritization to avoid increasing deaths. With sustained mitigation, discarding NASEM prioritization will result in 42,000 more deaths, requiring only a 26% increase in speed to hold deaths constant. Therefore, abandoning NASEM's prioritization to increase vaccination speed without substantially increasing deaths may require sustained mitigation.

► **Preparing For A Pandemic: Accelerating Vaccine Availability**

AHUJA A., ATHEY S., BAKER A., *et al.*

2021

NBER Working Paper Series ;28492. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28492>

Vaccinating the world's population quickly in a pandemic has enormous health and economic benefits. We analyze the problem faced by governments in determining the scale and structure of procurement for vaccines. We analyze alternative approaches to procurement. We find that if the goal is to accelerate the vaccine delivery timetable, buyers should directly fund manufacturing capacity and shoulder most of the risk of failure, while maintaining some direct incentives for speed. We analyzed the optimal portfolio of vaccine investments for countries with different characteristics as well as the implications for international cooperation. Our analysis, considered in light of the experience of 2020, suggests lessons for future pandemics.

► **The Gendered Impact Of The COVID-19 Recession On The US Labor Market**

ALBANESI S. ET KIM J.

2021

NBER Working Paper Series ;28505. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28505>

The economic crisis associated with the emergence of the novel corona virus is unlike standard recessions. Demand for workers in high contact and inflexible service occupations has declined, while parental supply of labor has been reduced by lack of access to reliable

child care and in-person schooling options. This has led to a substantial and persistent drop in employment and labor force participation for women, who are typically less affected by recessions than men. We examine real time data on employment, unemployment, labor force participation and gross job flows to document the gendered impact of the pandemic. We also discuss the potential long-term implications of this crisis, including the role of automation in depressing the recovery of employment for the worst hit service occupations.

► **The Covid-19 Crisis: An NLP Exploration Of The French Twitter Feed (February-May 2020)**

BALECH S., BENAVENT C., CALCIU M., *et al.*

2021

Amiens Université de Picardie - Centre de recherche sur les institutions, l'industrie et les systèmes économiques.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03134647/>

The Covid-19 pandemic offers a spectacular case of disaster management. In this literature, the paradigm of participation is fundamental: the mitigation of the impact of the disaster, the quality of the preparation and the resilience of the society, which facilitate the reconstruction, depend on the participation of the populations. Being able to observe and measure the state of mental health of the population (anxiety, confidence, expectations, ...) and to identify the points of controversy and the content of the discourse, are necessary to support measures designed to encourage this participation. Social media, and in particular Twitter, offer valuable resources for researching this discourse. The objective of this empirical study is to reconstruct a micro history of users' reactions to the pandemic as they share them on social networks. The general method used comes from new processing techniques derived from Natural Language Processing (NLP). Three analysis methods are used to process the corpus: analysis of the temporal evolution of term occurrences; creation of dynamic semantic maps to identify co-occurrences; analysis of topics using the SVM method. The main empirical result is that the mask emerges as a central figure of discourse, at least in the discourse produced by certain social media. The retrospective analysis of the phenomenon allows us to explain what made the mask a focal point not only in conversation, but also in behaviors. Its value resides less in its functional qualities than in its ability to fix attention and organize living conditions under the threat of pandemic.

► **Geography Of COVID-19 Outbreak And First Policy Answers In European Regions And Cities**

BOURDIN S. ET NOIRET G.

2020

Luxembourg Epon.

Cette étude est issue de l'activité de recherche appliquée menée par Espon et des partenaires universitaires européens pour aider à mieux comprendre les modèles territoriaux de l'épidémie (rôle des déterminants territoriaux dans la propagation de l'épidémie, analyse des réponses politiques locales, ...) et aider à la définition de politiques territoriales renouvelées pour s'attaquer à la crise socio-économique à venir.

► **Maximizing Fit For Cloth And Medical Procedure Masks To Improve Performance And Reduce SARS-Cov-2 Transmission And Exposure, 2021**

BROOKS J. T., BEEZHOLD D. H., NOTI J. D., *et al.*

2021

Morbidity and Mortality Weekly Report 70.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7007e1.htm#suggestedcitation>

Universal masking is recommended to slow the spread of COVID-19. Cloth masks and medical procedure masks substantially reduce exposure from infected wearers (source control) and reduce exposure of uninfected wearers (wearer exposure). DC conducted experiments to assess two ways of improving the fit of medical procedure masks: fitting a cloth mask over a medical procedure mask, and knotting the ear loops of a medical procedure mask and then tucking in and flattening the extra material close to the face. Each modification substantially improved source control and reduced wearer exposure. These experiments highlight the importance of good fit to maximize mask performance. There are multiple simple ways to achieve better fit of masks to more effectively slow the spread of COVID-19.

► **Weather, Psychological Wellbeing And Mobility During The First Wave Of The COVID-19 Pandemic**

BURDETT A., DAVILLAS A. ET ETHERIDGE B.

2021

IZA Discussion Paper ; 14119. Bonn IZA.

<http://ftp.iza.org/dp14119.pdf>

To reduce infection rates during the first UK wave of the COVID-19 outbreak, a first lockdown was announced on March 23, 2020, with a final easing of the restrictions on July 4, 2020. Among the most important public health costs of lockdown restrictions are the potential adverse effects on mental health and physical activity. Using data from the UK Household Longitudinal Study (UKHLS) and Google COVID-19 Mobility Reports we find evidence of reduced park mobility during the initial period of the first UK lockdown and confirm existing evidence of worsening psychological wellbeing. Linkage with weather data shows that contrary to popular belief, weather conditions do not exacerbate the mental health consequences of the pandemic, while we find systematic links between park mobility and weather over the same period. Our results highlight the importance of promoting the existing guidelines on regular exercise during winter lockdowns.

► **COVID-19 Has Strengthened The Relationship Between Alcohol Consumption And Domestic Violences**

CHALFIN A., DANAGOULIAN S. ET DEZA M.

2021

NBER Working Paper Series ;28523. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28523>

A large body of evidence documents a link between alcohol consumption and violence involving intimate partners and close family members. Recent scholarship suggests that since the onset of the COVID-19 pandemic and subsequent stay-at-home orders, there has been a marked increase in domestic violence. This research considers an important mechanism behind the increase in domestic violence during the COVID-19 pandemic: an increase in the riskiness of alcohol consumption. We combine 911 call data with newly-available high-resolution microdata on visits to bars and liquor stores in Detroit, MI and find that the strength of the relationship between visits to alcohol outlets and domestic violence more than doubles starting in March 2020. We find more limited evidence with respect to non-domestic assaults, supporting our conclusion that it is not alcohol consumption per se but alcohol consumption at home that is a principal driver of domestic violence

► **Pandemic Economics And The Transformation Of Health Policy**

CHEN X. ET FAN A.
2021

[Iza Discussion Paper ; 4061. Bonn Iza.](http://ftp.iza.org/dp14061.pdf)
<http://ftp.iza.org/dp14061.pdf>

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic is bringing about once-in-a-century changes to human society. This article summarizes key characteristics of the COVID-19 pandemic that should be incorporated in economics and health policy analyses. We then review the literature on the importance of public health measures, including taking early, targeted, and coordinated actions, enhancing social safety nets for vulnerable populations, and strengthening public communications. In the long term, addressing misallocation of health resources and improving health governance are critical. Drawing on evidence from past and present epidemics as well as comparing cross-country variations in their responses to the current public health emergency, we navigate long-awaited health reforms in areas that help optimize epidemics response and realign incentives of the major players in the health sector in preparation for the next pandemic.

► **The First Wave Of The COVID-19 Pandemic And Its Impact On Socioeconomic Inequality In Psychological Distress In The UK**

DAVILLAS A. ET JONES A. M.
2021

[Iza Discussion Paper ; 14057. Bonn Iza.](http://ftp.iza.org/dp14057.pdf)
<http://ftp.iza.org/dp14057.pdf>

We use data from the UK Household Longitudinal Study (UKHLS) to compare measures of socioeconomic inequality in psychological distress, measured by the General Health Questionnaire (GHQ), before (Waves 9 and the Interim 2019 Wave) and during the first wave of the COVID-19 pandemic (April to July 2020). Based on a caseness measure, the prevalence of psychological distress increased from 18.5% to 27.7% between the 2019 Wave and April 2020 with some reversion to earlier levels in subsequent months. Also, there was a systematic increase in total inequality in the Likert GHQ-12 score. However, measures of relative socioeconomic inequality have not increased. A Shapley-Shorrocks decomposition analysis shows that during the peak of the first wave of the pandemic (April 2020) other socioeconomic factors declined in their share

of socioeconomic inequality, while age and gender account for a larger share. The most notable increase is evident for younger women. The contribution of working in an industry related to the COVID-19 response played a small role at Wave 9 and the Interim 2019 Wave, but more than tripled its share in April 2020. As the first wave of COVID-19 progressed, the contribution of demographics declined from their peak level in April and chronic health conditions, housing conditions, and neighbourhood characteristics increased their contributions to socioeconomic inequality.

► **Federalism And Public Health Decentralisation In The Time Of COVID-19**

DE BIASE P. ET DOUGHERTY S.
2021

[OECD Working Papers on Fiscal Federalism; 33. Paris OCDE.](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/governance/federalism-and-public-health-decentralisation-in-the-time-of-covid-19_b78ec8bb-en)

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/governance/federalism-and-public-health-decentralisation-in-the-time-of-covid-19_b78ec8bb-en

The Coronavirus pandemic has put extreme pressure on public health services, often delivered at the local and regional levels of government. The paper focuses on how countries made changes to the configuration of federalism during the first wave of the pandemic. These changes typically have involved the centralisation and decentralisation of certain health-related activities, as well as the creation of new coordination and funding mechanisms. Specific tools that have been used include an enhanced role of the executive branch ("executive federalism"), the use of centres of government for vertical coordination, as well as the introduction of unique state-of-emergency laws. New horizontal coordination arrangements have also emerged with the more decentralised approaches. The strengths, weaknesses and implementation risks of various approaches are analysed using country examples.

► **A Framework For Estimating Health Spending In Response To COVID-19**

DUDINE P., HELLWIG K. P. ET JAHAN S.
2020

[IMF Working Paper; 20/145. International Monetary Fund.](http://d.repec.org/n?u=RePEc:imf:imfwpa:2020/145&r=hea)

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:imf:imfwpa:2020/145&r=hea>

We estimate the additional health spending necessary to treat COVID-19 patients. We expand a Susceptible

Infected Recovered model to project the number of people requiring hospitalization, use information about healthcare costs by country, and make assumptions about capacity constraints in the health sector. Without social distancing and lockdowns, countries would need to expand health systems ten-fold, on average, to assist all COVID-19 patients in need of hospitalization. Under capacity constraints, effective social distancing and quarantine reduce the additional health spending from a range of \$0.6–1 trillion globally to \$130–231 billion, and the fatality rate from 1.2 to 0.2 percent, on average.

► **Anxiety Increases The Willingness To Be Exposed To COVID-19 Risk Among Young Adults In France**

ETILE F. ET GEOFFARD P. Y.

2020

Paris LSE ; Paris Inrae - UMR 1393 PjSE.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3760993&dgcid=ejournal_html_email_health.the.economy:ejournal_abstractlink

The COVID-19 outbreak has generated significant uncertainty about the future, especially for young adults. Health and economic threats, as well as more diffuse concerns about the consequences of COVID-19, can trigger feelings of anxiety, leading individuals to adopt uncertainty-reducing behaviours. We tested whether anxiety was associated with an increase in willingness to be exposed to the risk of COVID-19 infection (WiRE) using an online survey administered to 3,110 French individuals aged between 18 and 35 years old during the lockdown period (April 2020). Overall, 56.5% of the sample declared a positive WiRE. Unemployment was associated with a higher WiRE (+8.2 percentage points (pp); 95% CI +0.9-15.4 pp). One standard deviation increases in income (+1160€) and psychological state anxiety raised the WiRE by +2.7 pp (95% CI: +1.1-4.4 pp) and +3.9 pp (95% CI: +1.6-6.2 pp), respectively. A one standard deviation increase in perceived hospitalisation risk was associated with a -4.1 pp (95% CI: -6.2-2.1 pp) decrease in the WiRE. Overall, our results suggest that both the prospect of economic losses and psychological anxiety can undermine young adults' adherence to physical distancing recommendations. Public policies targeting young adults must consider both their economic situation and their mental health, and they must use uncertainty-reducing communication strategies.

► **Growing Up In Lockdown: Europe's Children In The Age Of COVID-19 - 2020 Eurochild Report**

EUROCHILD

2020

Bruxelles Eurochild

<https://www.oned.gouv.fr/actualite/eurochild-publie-son-rapport-annuel-2020>

La pandémie COVID-19 a exacerbé les problèmes existants d'inégalité sociale, les pertes d'emplois poussant de nombreuses familles plus loin dans la pauvreté et les fermetures d'écoles créant un fossé éducatif plus large, impactant les chances des enfants dans la vie et leur santé physique et mentale. Il a mis en évidence l'absence de politiques nationales de lutte contre la pauvreté, en particulier la pauvreté des enfants, et a attiré l'attention sur la nécessité d'une approche multidimensionnelle. En conséquence, Eurochild et ses membres demandent des plans de relance qui prennent en compte les besoins des enfants, des plans nationaux de réduction de la pauvreté et un soutien ciblé de l'Europe y compris par la mise en œuvre d'une garantie européenne pour les enfants.

► **Biases In Information Selection And Processing: Survey Evidence From The Pandemic**

FAIA E., FUSTER A., PEZONE V., *et al.*

2021

NBER Working Paper Series ;28484. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28484>

How people form beliefs is crucial for understanding decision-making under uncertainty. This is particularly true in a situation such as a pandemic, where beliefs will affect behaviors that impact public health as well as the aggregate economy. We conduct two survey experiments to shed light on potential biases in belief formation, focusing in particular on the tone of information people choose to consume and how they incorporate this information into their beliefs. In the first experiment, people express their preferences over pandemic-related articles with optimistic and pessimistic headlines, and are then randomly shown one of the articles. We find that respondents with more pessimistic prior beliefs about the pandemic are substantially more likely to prefer pessimistic articles, which we interpret as evidence of confirmation bias. In line with this, respondents assigned to the less preferred

article rate it as less reliable and informative (relative to those who prefer it); they also discount information from the article when it is less preferred. We further find that these motivated beliefs end up impacting incentivized behavior. In a second experiment, we study how partisan views interact with information selection and processing. We find strong evidence of source dependence: revealing the news source further distorts information acquisition and processing, eliminating the role of prior beliefs in article choice.

► **L'état du mal-logement en France 2021 : 26ème rapport annuel**

FONDATION ABBÉ PIERRE

2021

Paris Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés.

https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/reml2021_rapport_sur_letat_du_mallogement-web.pdf

Le 26ème rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre décrit et analyse les conséquences sur le mal-logement de l'irruption inattendue de la crise sanitaire, économique et sociale liée à la pandémie de Covid.

► **Le pouvoir d'agir de personnes invisibilisées dans un monde sous emprise de l'incertain : Carnets de terrain 2020**

GEORIS V.

2020

Bruxelles Le GRAIN.

Au cours de l'actuelle crise sanitaire, les fragilités des milieux humains sont apparues soudain au grand jour. A l'intérieur d'un Titanic brutalement immobilisé, notre pouvoir d'agir, nos capacités de cohabitation avec l'incertain, se sont imposés comme questions majeures. Au-delà de tous les manquements politiques, le propos de l'auteure au cours de cette étude est d'interroger le pouvoir d'agir citoyen. A partir de données récoltées grâce à son implication dans l'éducation permanente et l'aide à la jeunesse, elle porte un regard sur la question de la transformation sociale en cours à l'épreuve révélatrice du COVID 19.

► **Lockdown Exit And Control Of The Covid-19 Epidemic: Group Tests Can Be More Effective**

GERSCHEL E., GOLLIER C. ET GOSNER O.

2020

ffhalshs-03047139. Bruz Crest ; Bruz Ensai.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/CREST/halshs-03047139v1>

The lack of efficient mass testing tools for SARS-CoV-2 virus that causes Covid-19 has contributed to the accelerated spread of the epidemic. Infected people are unaware that they are spreading the disease during the incubation period as well as in asymptomatic cases or cases with mild symptoms. To limit the number of victims of the epidemic, the strategy adopted by most affected countries is therefore social distancing or complete lockdown, a strategy that can only be beneficial for a limited time, given its economic and social cost. Today, the most feasible way out of the stalemate requires widespread screening of the population. Such screening would make it possible to isolate infected people and allow others to leave the lockdown. However, production capacity for SARS-CoV-2 tests is limited. Although production is increasing, it will not allow for sufficiently systematic and frequent screening to permit the lifting of health restrictions. We here describe how the usefulness of each test can be amplified by applying it to the mixture of samples from several individuals. This technique, called group testing, has already been successfully applied on SARS-CoV-2. We show how the group-test method must be calibrated to maximize the usefulness of each available test.

► **To What Extent Does In-Person Schooling Contribute To The Spread Of COVID-19? Evidence From Michigan And Washington**

GOLDHABER D., IMBERMAN S. A., STRUNK K. O., *et al.*

2021

NBER Working Paper Series ;28455. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28455>

The decision about how and when to open schools to in-person instruction has been a key question for policymakers throughout the COVID-19 pandemic. The instructional modality of schools has implications not only for the health and safety of students and staff, but also student learning and the degree to which parents can engage in job activities. We consider the role of instructional modality (in-person, hybrid, or remote

instruction) in disease spread among the wider community. Using a variety of regression modeling strategies, we find that simple correlations show in-person modalities are correlated with increased COVID cases, but accounting for both pre-existing cases and a richer set of covariates brings estimates close to zero on average. In Ordinary Least Squares (OLS) specifications, in-person modality options are not associated with increased spread of COVID at low levels of pre-existing COVID cases but cases do increase at moderate to high pre-existing COVID rates. A bounding exercise suggests that the OLS findings for in-person modality are likely to represent an upper bound on the true relationship. These findings are robust to the inclusion of county and district fixed effects in terms of the insignificance of the findings, but the models with fixed effects are also somewhat imprecisely estimated.

► **A First Literature Review: Lockdowns Only Had A Small Effect On COVID-19**

HERBY J.

2021

Copenhagen Cepos.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3764553&dgcid=ejournal_html_email_public_goods:regulation:in:health:economics:ejournal_abstractlink

How important were the economic lockdowns in the spring of 2020 in curbing the COVID-19 pandemic and how important was lockdown as compared to voluntary changes in behavior? In the spring, the overall social response to the COVID-19 pandemic consisted of a mix of voluntary and government mandated behavioral changes. Voluntary behavioral changes occurred on the basis of information, such as the number of people infected and the number of COVID-19-deaths, and on the basis of the signal value associated with the official lockdown combined with appeals to the population to change its behavior. Mandated behavioral changes took place as a result of the banning of certain activities deemed non-essential. Studies which differentiate between the two types of behavioral change find that, on average, mandated behavioral changes accounts for only 9% (median: 0%) of the total effect on the growth of the pandemic stemming from behavioral changes. The remaining 91% (median: 100%) of the effect was due to voluntary behavioral changes. This is excluding the effect of curfew and facemasks, which were not employed in all countries.

► **The COVID-19 Pandemic's Evolving Impacts On The Labor Market: Who's Been Hurt And What We Should Do**

HERSHBEIN B. J. ET HOLZER H. J.

2021

IZA Discussion Paper ; 14108. Bonn IZA.

<http://ftp.iza.org/dp14108.pdf>

In this paper, we shed light on the impacts of the COVID-19 pandemic on the labor market, and how they have evolved over most of the year 2020. Relying primarily on microdata from the CPS and state-level data on virus caseloads, mortality, and policy restrictions, we consider a range of employment outcomes—including permanent layoffs, which generate large and lasting costs—and how these outcomes vary across demographic groups, occupations, and industries over time. We also examine how these employment patterns vary across different states, according to the timing and severity of virus caseloads, deaths, and closure measures. We find that the labor market recovery of the summer and early fall stagnated in late fall and early winter. As noted by others, we find low-wage and minority workers are hardest hit initially, but that recoveries have varied, and not always consistently, between Blacks and Hispanics. Statewide business closures and other restrictions on economic activity reduce employment rates concurrently, but do not seem to have lingering effects once relaxed. In contrast, virus deaths—but not caseloads—not only depress current employment, but produce accumulating harm. We conclude with policy options for states to repair their labor markets.

► **Worry Much? Preventive Health Behaviours Related To Worry Across Countries Amid COVID-19**

KAPOOR H. ET TAGAT A.

2020

Mumbai Monk Prayogshala.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3756096

The heterogeneous spread of COVID-19 around the world has led to differing mental health impacts across countries. This is on account of varying state responses to curbing the pandemic as well as differences in individual preventive health behaviours. The present study examined the relationship between worry and health behaviours using secondary data from an online survey of nearly 70000 respondents from 33 countries. We hypothesized that preventive health behaviours

would predict the level of worry experienced, which in turn would predict future health behaviours. Further, to account for cultural differences, regression analyses included a metric of cultural distance from the US. Past behaviours such as avoiding social gatherings, maintaining physical distance, and regular hand washing predicted higher worry, whereas staying at home negatively predicted worry. In general, being culturally distant from the US was associated with significantly lower worry. Results also showed that avoiding social gatherings and maintaining physical distance predicted less worry among respondents in countries culturally distant from the US. In contrast, reporting symptoms increased worry in such countries. Worry, in turn, differentially predicted whether individuals would leave their home in the next 5 days, reducing the likelihood of stepping outside (more so for “bad” behaviours such as for expressing personal freedoms and meeting others socially). However, being culturally distant from the US was not associated with (future) going out behaviours. Findings are discussed from a cross-cultural perspective, analysing worry as an approach-avoidance motivator of health-related behaviour. Capitalizing on cultural differences in approach-avoidance motivations is suggested to help inform health communication strategies.

► **Impact Of January 2021 Social Distancing Measures On SARS-Cov-2 B.1.1.7 Circulation In France**

DI DOMENICO L., SABBATINI C., PULLANO J., *et al.*
2020

Paris Inserm.

https://www.epicx-lab.com/uploads/9/6/9/4/9694133/inserm_covid-19-voc_socialdistancing-20210214.pdf

Compte tenu de nouveaux variants et de l'incidence élevée enregistrée en France, les mesures de distanciation sociale ont été progressivement renforcées en janvier 2021. En utilisant un modèle mathématique à 2 souches calibré sur les estimations de la première enquête Flash pour la circulation du variant britannique (B.1.1.7), nous avons estimé que ces mesures ont conduit à la stabilisation des

► **La protection sociale française à l'épreuve de la pandémie de COVID 19 : épreuves d'un système ancien et opportunités d'un nouveau modèle**

LIBAULT D.

2020

Paris Association des anciens auditeurs de l'Institut des Hautes Etudes de Protection Sociale.

<https://fr.calameo.com/read/004310504a9c10caec0d5>

Après avoir réalisé un état de lieux, l'étude présente près de soixante-dix propositions concrètes d'amélioration et de réforme. Elles visent notamment à remédier aux faiblesses identifiées des capacités de notre système de protection sociale et sanitaire. Ceci notamment en matière de prévention, de prévision, de planification, d'organisation centrale et territoriale et, enfin, de retour d'expérience et d'amélioration continue. Ces propositions sont réparties en 8 axes : faire évoluer le pilotage national pour une gouvernance renouvelée ; réorganiser le pilotage régional et départemental et la coordination des acteurs afin de favoriser une construction collective et concertée ; établir de nouvelles logiques de contractualisation respectueuses des acteurs ; optimiser la coordination entre les acteurs de santé et médico-sociaux ; développer en commun la prévention et la promotion de la santé au niveau territorial ; simplifier et garantir une allocation équilibrée des ressources financières, humaines et démocratiques ; élaborer une politique dédiée à la prévention et à l'accompagnement de grand âge ; pour une protection sociale plus éco-responsable.

► **Covid-19 And Obesity : 2021 Atlas**

LOBSTEIN T.

2021

London World Obesity Federation.

<https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/covid-19-and-obesity-the-2021-atlas>

Obesity is recognised as both a disease in its own right and a condition that increases the likelihood of developing a wide range of non-communicable diseases. Less well-known is the fact that obesity also increases the likelihood that infectious diseases will lead to serious consequences. This is most clearly apparent in the global spread of the SARS-CoV-2 virus and the resulting pandemic of COVID-19. Through detailed analyses of the latest peer-reviewed data, we demonstrate how overweight is a highly significant predictor of developing

► **Pricing The COVID-19 Vaccine:
A Mathematical Approach**

MARTONOSI S., BEHZAD B. ET CUMMINGS K.
2020

Claremont Harvey Mudd College. Department of
Mathematics.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:arx:papers:2101.03234&r=hea>

According to the World Health Organization, development of the COVID-19 vaccine is occurring in record time. Administration of the vaccine has started the same year as the declaration of the COVID-19 pandemic. The United Nations emphasized the importance of providing COVID-19 vaccines as «a global public good», which is accessible and affordable world-wide. Pricing the COVID-19 vaccines is a controversial topic. We use optimization and game theoretic approaches to model the COVID-19 U.S. vaccine market as a duopoly with two manufacturers Pfizer-BioNTech and Moderna. The results suggest that even in the context of very high production and distribution costs, the government can negotiate prices with the manufacturers to keep public sector prices as low as possible while meeting demand and ensuring each manufacturer earns a target profit. Furthermore, these prices are consistent with those currently predicted in the media.

► **Regional Economic Impact Of Covid-19:
The Role Of Sectoral Structure And Trade
Linkages**

MEINEN P., SERAFINI R. ET PAPAGALLI O.
2021

Working Paper Serie; 2528. European Central Bank.

<https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecb.wp2528-daf6789b9a.en.pdf>

The paper provides an ex-post analysis of the determinants of within-country regional heterogeneity of the labour market impact of COVID-19. By focussing on the first wave of the pandemic in the four largest euro area economies, it finds that the propagation of the economic impact across regions cannot be explained by the spread of infections only. Instead, a region's economic structure is a significant driver of the observed heterogeneity. Moreover, our results suggest that a region's trade relations, both within and across countries, represent a relevant indirect channel through which COVID-19 related disruptions affect regional economic activity. In this regard, the analysis depicts vulnerabilities arising from potential disruptions of the highly integrated EU supply chains.

► **France's Response To The Covid-19
Pandemic: Between A Rock And A Hard
Place**

OR Z., GANDRE C., DURAND-ZALESKI I., *et al.*
2021

Document de travail Irdes ; 83. Paris Irdes.

<https://www.irdes.fr/english/working-papers/083-france-s-response-to-the-covid-19-pandemic-between-a-rock-and-a-hard-place.pdf>

France is one of the European countries hardest hit by the Covid-19 pandemic. The pandemic brought into light structural weaknesses of the health system, including its governance and decision making process, but also provoked changes that helped to improve its resilience. We analyse the French experience of Covid-19 in 2020 by critically reviewing major policy measures implemented during the first two waves of the pandemic. France has struggled to find the right balance between the rock of economic and social damage caused by containment measures and the hard alternative of a rapidly spreading pandemic. The response to the first wave, including a full lockdown, was an emergency response that revealed the low level of preparedness for pandemics and the overly hospital-centred provision of health care in France. During the second wave, this response evolved into a more level strategy trying to reconcile health needs in a broader perspective integrating socio-economic considerations, but without fully managing to put in place an effective health strategy. We conclude that to achieve the right balance, France will have to strengthen health system capacity and improve the cooperation between actors at central and local levels with greater participatory decision-making that takes into account local-level realities and the diversity of needs.

► **Renforcer la première ligne : comment
les soins primaires aident les systèmes
de santé à s'adapter à la pandémie
de COVID-19**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ECONOMIQUES

2021

Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/renforcer-la-premiere-ligne-comment-les-soins-primaires-aident-les-systemes-de-sante-a-s-adapter-a-la-pandemie-de-covid-19_ae139cf5-fr

Les systèmes de santé ne cessent de s'adapter pour

faire face à la pandémie de COVID-19. D'importants efforts ont été déployés pour favoriser la montée en puissance des capacités hospitalières. Pour autant, la pandémie a aussi des répercussions importantes sur l'état de santé de nombreuses personnes qui ne sont pas infectées par le virus. Les individus qui souffrent de maladies chroniques présentent non seulement un risque accru de complications et de décès en cas de contamination à la COVID-19, mais ils voient également leurs protocoles de traitement habituels bouleversés. La crise du COVID-19 montre à quel point il est essentiel de placer les soins primaires au cœur des systèmes de santé, à la fois pour pouvoir faire face à une augmentation soudaine de la demande et pour préserver la continuité des soins pour tous. Des services de santé primaires performants – organisés autour d'équipes pluridisciplinaires avec des rôles nouveaux pour les professionnels de santé, en coordination avec les services de santé de proximité et avec l'appui des technologies numériques et d'incitations appropriées – participent à l'efficacité du système de santé. Les innovations mises en place pour faire face à la pandémie doivent être pérennisées afin de renforcer la résilience des systèmes de santé en cas de nouvelles crises sanitaires et d'être à même de relever les défis associés au vieillissement démographique et au poids croissant des maladies chroniques.

► **Un monde en péril : Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2019

Genève OMS.

https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_Exec_Summary_Foreword_and_About_French.pdf

Dans ce premier rapport annuel, le Conseil mondial de suivi de la préparation examine les besoins et les mesures les plus urgents pour accélérer la préparation aux situations d'urgence sanitaire. Le premier rapport est consacré aux épidémies et aux pandémies. La principale conclusion du rapport est que le monde doit s'efforcer de mettre en place les systèmes et la collaboration nécessaires pour détecter et combattre les flambées épidémiques potentielles. Ces mesures de préparation sont un bien public mondial qui doit permettre de mobiliser de manière constructive les communautés, du niveau local au niveau international, dans les activités de préparation, de détection, de

riposte et de redressement. L'investissement dans la préparation aux situations d'urgence sanitaire améliorera les résultats sanitaires, renforcera la confiance de la communauté et réduira la pauvreté, contribuant ainsi également aux efforts déployés pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies.

► **Worker Well-Being Before And During The COVID-19 Restrictions: A Longitudinal Study In The UK**

PELLY D., DALY M., DELANEY D., *et al.*
2021

UCD Centre for Economic Research Working Paper Series; WP2021/05. Dublin UCD.

https://researchrepository.ucd.ie/bitstream/10197/11940/1/WP21_05.pdf

The potential impact of COVID-19 restrictions on worker well-being is currently unknown. In this study we examine 15 well-being outcomes collected from 621 full-time workers assessed before (November, 2019 - February, 2020) and during (May-June, 2020) the COVID-19 pandemic. Fixed effects analyses are used to investigate how the COVID-19 restrictions and involuntary homeworking affect well-being and job performance. The majority of worker well-being measures are not adversely affected. Homeworkers feel more engaged and autonomous, experience fewer negative emotions and feel more connected to their organisations. However, these improvements come at the expense of reduced homelife satisfaction and job performance.

► **The Future After Covid-19: Healthcare, Digitalization And Inequality: Scientia Moralitas Conference Proceedings**

PUASCHUNDER J. M.
2020

New York The New School, Department of Economics.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:smo:scmowp:001jp&r=hea>

The ongoing COVID-19 crisis accounts for one of the most unpredicted economic disruptions in the history of humankind. COVID-19 as an external shock implies widespread and sustainable changes in the way humans live, work and interact on a global scale. With economic turmoil and social perturbation opens an abyss of novel and unprecedentedly described ine-

qualities in the legal and economic spheres. The paper addresses novel trends that may spring out of COVID-19 in the healthcare sector, in regards to digitalization and inequality. Studying these forward-looking trend predictions aids us to understand the challenges that lie ahead in our post-COVID-19 world to come.

► **Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France**

ROUX J., LEFORT M., BERTIN M., *et al.*

2021

Rennes EHESP.

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-Impact-Psy-Covid-20210225.pdf>

L'étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la crise sanitaire jusqu'au mois de novembre 2020 en France sur la santé mentale des étudiants au travers de divers indicateurs : détresse psychologique, soutien social, solitude, symptômes dépressifs et symptômes anxieux. Elle se base sur les données recueillies dans le cadre de l'enquête longitudinale COVER portant plus largement sur les facteurs de risque et les comportements des étudiants de Rennes face à l'épidémie de Covid-19.

► **Covid-19 : Eléments de littérature scientifique. 2e partie**

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2021

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/covid-19-elements-de-litterature-scientifique-2e-partie.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de référencer des éléments de littérature scientifique (articles, littérature grise) sur la Covid 19 et son impact sur l'état de santé et les systèmes de santé en France et dans le monde. La recherche bibliographique a été conduite sur Pubmed et Sciencedirect ainsi que sur des portails de littérature grise comme Nep-Repec, Iza, NBER, HAL... sur la période allant de janvier à août 2020. La littérature étant foisonnante sur le sujet, les références retenues étaient ciblées sur des thématiques spécifiques.

► **Containing The COVID-19 Pandemic: What Determined The Speed Of Government Interventions?**

SIEDSCLAG J. ET YAN W.

2020

ESRI Working Paper ; 680. Dublin Trinity College ; Dublin Economic and Social Research Institute.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3739487&dgcid=ejournal_html

This paper examines the speed with which governments introduced lockdown measures to contain the COVID-19 pandemic. We use data on daily confirmed COVID-19 cases and re-lated deaths combined with information on containment measures available for 124 countries as well as a range of annual country-specific data. In terms of methodology, we estimate time-to-event models to analyse the speed of starting government containment measures and the speed with which such measures reached their highest level from the first confirmed COVID-19 case and the first COVID-19 related death. Our results indicate that governments in countries with a weaker health system capacity and in countries with a larger share of elderly populations were more likely to start lockdown measures faster. Smaller and more open economies were more likely to move faster to the highest level of containment measures.

► **Long-Term Care At Home And Female Work During The COVID-19 Pandemic**

SUGAWARA S. ET NAKAMURA J.

2021

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3764208

This study analyzes the impacts of COVID-19 on long-term care at home and its influence on work in Japan. A regression analysis of municipality data reveals that the number of users for adult daycare is negatively correlated to COVID-19, both nationally and regionally. This finding is intuitive because people avoid daycare due to the increased risk of exposure to infection. However, the number of users of home care is positively correlated to users of daycare, which implies that home care has not functioned as a replacement for daycare, despite government encouragement. Furthermore, a regression analysis using prefecture data shows that working hours for females are negatively correlated to the pandemic, both nationally and regionally, but the regional correlation is reduced to

an insignificant value when we control the reduction of daycare use. This implies that daycare under the pandemic has been partly replaced by informal care by females.

► **Etude PréCARES, Précarités et Covid-19 : Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé**

VERAN J. F., VIOT M., MOLLO B., *et al.*
2020

Paris Médecins sans frontières.

https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarite%C3%A9_HD.pdf

Ce document propose des analyses relatives à l'expérience des personnes en situation de précarité rencontrées par les équipes de MSF pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19, comprenant la vie pendant le confinement et l'évolution de l'accès aux soins, la perception des symptômes associés à la Covid-19 et des éléments concernant leur santé mentale. Le rapport présente des axes d'approfondissement à travailler collégalement au regard des types de situation de précarité (vivre dans un FTM, à la

rue) et des types de services d'urgence : CHU, distributions alimentaires. Ce travail propose aussi des pistes d'action et de plaider à instruire sans attendre, dans le contexte de seconde vague épidémique en France.

► **Motivated Beliefs And The Elderly's Compliance With Covid-19 Measures**

VON SIEMENS F. A.
2021

CESifo working paper ; 8832. Munich CESifo.

https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp8832.pdf

Although the elderly are more vulnerable to COVID-19, the empirical evidence suggests that they do not behave more cautiously in the pandemic than younger individuals. This theoretical model argues that some individuals might not comply with the COVID-19 measures to reassure themselves that they are not vulnerable, and that the incentives for such self-signaling can be stronger for the elderly. The results suggest that communication strategies emphasizing the dangers of COVID-19 could backfire and reduce compliance among the elderly.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical technologies

► **Parcours, coordination et outils numériques**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2021

Paris Anap.

<https://ressources.anap.fr/numerique/publication/2792>

Cette publication souligne les opportunités apportées par les outils et services numériques pour accompagner les pratiques de coopération et de coordination entre professionnels, les partages d'information dans le parcours des usagers, et leur articulation avec les initiatives du plan national « Ma santé 2022 », à travers l'illustration de quatre cas d'usages.

► **Impact Of Telehealth Use On Healthcare Utilization: A Quasi-Experimental Study Of Maryland Patients**

AYABACAN S., BARDHAN I. ET ZHENG E.
2020

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3707829

Telehealth helps transform traditional healthcare delivery processes to improve access to care. It has witnessed a surge in popularity since the advent of the COVID-19 pandemic, as both patients and providers have adopted telehealth services for various types of outpatient services. However, there is a lack of empirical evidence on whether telehealth use leads to better care while lowering utilization and costs. In this research, we systematically study the impact of telehealth on healthcare utilization both in outpatient



and inpatient settings, across a heterogeneous population of chronic and non-chronic disease patients. Our data on use of telehealth services is based at a granular level of patient-provider visits, drawing on patient encounters in the state of Maryland from 2012 to 2018 for both outpatient and inpatient settings. Our analysis indicates a 31% reduction (or 1.3 visits) in the number of outpatient visits, equivalent to \$1,117 in cost, within 30 days after a telehealth visit. Our results suggest that the benefits of telehealth are realized primarily among chronic disease patients in outpatient settings. Specifically, chronic patients exhibit a significant reduction of 1.9 outpatient visits (an equivalent cost reduction of \$1,297) when they are treated via telehealth, suggesting a substitution effect of telehealth with respect to traditional clinic visits. However, non-chronic patients experience a 45% increase in their inpatient admissions, within 30 days after a telehealth visit, suggesting a gateway effect in inpatient settings. We also observe that the number of preventive procedures increases for chronic disease patients after telehealth, suggesting that such patients benefit from telehealth by undergoing preventive, follow-up care and avoidance of costly, ER or inpatient services. Our research addresses the growing debate over the effectiveness of telehealth use and provides much-needed empirical evidence on the specific business and clinical values of telehealth. Our findings have important implications for health-care providers and policy makers with respect to the potential for increasing access to telehealth services in a value-based care environment.

► **Économie et gouvernance de la donnée :
Avis du Cese**

DUBOC S. ET NOEL D. J.

2021

Paris Cese.

<https://www.lecese.fr/content/economie-et-gouvernance-le-cese-adopte-son-avis>

Le développement massif des données et de leur exploitation offre un champ considérable d'opportunités économiques et d'accroissement des connaissances. Ces évolutions ont rendu plus aigus les enjeux industriels, économiques, commerciaux et génèrent une lutte mondiale implacable, pour la possession, la gouvernance et l'appropriation des données. Ainsi, la défense des droits fondamentaux et des libertés individuelles et collectives constituent des enjeux d'une importance primordiale, au même titre que la préservation

des souverainetés nationales remises en question par de puissants acteurs internationaux du numérique. Dans cet avis, le Cese fait état des principaux défis de gouvernance et de régulation de l'économie de la donnée et formule des propositions pour qu'ils soient affrontés. Si la France dispose d'atouts institutionnels, industriels et de recherche, le Cese estime qu'elle doit les renforcer par des coopérations accélérées et solides au sein de l'Union européenne, dans un dialogue nourri avec les acteurs

► **Engageons enfin la révolution de la
téléconsultation – Pour une IA au service
des patients et des médecins**

GUENIAU J.

2020

Paris Institut Sapiens.

<https://www.institutsapiens.fr/engageons-enfin-la-revolution-de-la-teleconsultation-pour-une-ia-au-service-des-patients-et-des-medecins/>

L'épidémie due au Covid 19 et les conséquences qui en découlent ont sensibilisé les Français à une pratique qui leur était jusque-là presque inconnue : la télémédecine. Permise par la révolution digitale, elle s'appuie sur les nouvelles technologies pour mettre en lien, à distance, patients et professionnels de santé. Les six actes de télémédecine, définis par le décret d'application de la loi HPST de 2009 sont : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale, auquel il faut ajouter le télé-soin, inscrit dans la loi de santé d'août 2019, restant à préciser par décret. Cette note s'intéresse particulièrement à la téléconsultation, une pratique permettant à un patient de consulter à distance un médecin à distance, grâce aux outils de télécommunication, psychologue pour assister le patient. Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation est éligible au même remboursement qu'une consultation en face à face, c'est-à-dire entre 23€ et 58,50€ selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin (secteur 1 ou secteur 2. La condition ouvrant droit à ce remboursement est l'utilisation de la visioconférence, le respect du parcours de soins coordonné (téléconsultation effectuée ou patient orienté en téléconsultation – par exemple avec un spécialiste – par son médecin traitant) et à défaut d'existence ou de disponibilité du médecin traitant, que le patient soit connu du médecin téléconsultant et qu'il ait consulté son médecin traitant en présentiel dans les 12 mois précédents la consultation virtuelle.

► **Fostering Participation In Digital Public Health Interventions: The Case Of Digital Contact Tracing**

REHSE D. ET TREMOHLEN F.

2020

Leipnitz Leibnitz Centre for Economic Research.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:zewdip:20076&r=hea>

The SARS-CoV-2 pandemic has made all the more clear that public health is a public good. Public health interventions try to encourage contributions to this public

good. Digital public health interventions are increasingly being used to complement traditional public health interventions. The rollout of digital contact tracing apps during the SARS-CoV-2 pandemic is a prominent example. We review the literature on how participation in such digital public health interventions could be fostered, provide an overview of digital contact tracing as one such intervention, provide policy recommendations on how to increase its adoption and usage as well as recommendations for further research.

Économie de la santé

Health Economics

► **Political Institutions And Health Expenditure**

BLUM J., DORN F. ET HEUER A.

2021

IFO Working Paper Series; 345. Leibniz IFO Institute.

<https://www.ifo.de/DocDL/wp-2021-345-blum-dorn-heuer-democracy-health-expenditure.pdf>

We examine how political institutions influence health expenditure by using a panel of 151 developing and developed countries for the years 2000 to 2015 and four measures of democracy. Our pooled OLS analysis shows that democracies have 20–30% higher government health expenditure relative to GDP than their autocratic counterparts. An instrumental variable approach which exploits the regional diffusion of democracy confirms the positive effect of democracy on government health expenditure. Panel fixed effects and event study models also suggest a positive within-country effect of democratization on government health expenditure within a short period after regime transition. Democratic rule, however, does not turn out to significantly influence private health expenditure compared to autocracies. We conclude that democracies may care more for their citizens and strive to decrease inequalities in the access to health care.

► **Looking Into The Black Box Of “Medical Progress”: Rising Health Expenditures By Illness Type And Age**

BREYER F., LORENZ N., PRUCKNER G., *et al.*

2021

Working Paper n° 2103. Linz Johannes Kepler University of Linz.

<http://www.econ.jku.at/papers/2021/wp2103.pdf>

There is agreement among health economists that on the whole medical innovation causes health care expenditures (HCE) to rise. This paper analyzes for which diagnoses and in which age groups HCE per patient have grown significantly faster than average HCE. We distinguish decedents (patients in their last four years of life) from survivors and use a unique dataset comprising detailed HCE of all members of a regional health insurance fund in Upper Austria for the period 2005-2018. Our results indicate that among decedents in particular the expenditures for treatment of neoplasms have exceeded the general trend in HCE. This confirms that medical progress for this group of diseases has been particularly strong over the last 15 years. For survivors, we find a noticeable growth in cases and cost per case for pregnancies and childbirth and also for treatment of mental and behavioral disorders. The pattern of expenditures over age groups shows that among decedents the younger age groups (below 75) exhibit both the highest HCE per capita and the highest expenditure growth over time. For survivors, we find a steady increase in annual per capita HCE over age in both sexes, but the highest growth rates are observed in the age groups between 20 and 50 years.

► **La régulation économique de la santé**

CONSEIL D'ÉTAT

2021

Paris La Documentation française.

<https://www.vie-publique.fr/catalogue/278024-la-regulation-economique-de-la-sante>

Pour contribuer à la réflexion contemporaine sur la régulation économique de la santé, le Conseil d'État a organisé trois tables rondes. La première table ronde portait sur la régulation économique des produits de santé, et particulièrement du médicament, dans le cadre européen et national. La deuxième table ronde était consacrée à la régulation économique des établissements de santé et médico-sociaux. La troisième table ronde s'intéressait enfin à la diversité des acteurs de la régulation économique de la santé.

► **The Two Faces Of Information**

GABALLO G. ET ORDONEZ G.

2021

NBER Working Paper Series ;28489. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28489>

In absence of insurance contracts to share risk, public information is a double-edged sword. On the one hand, it empowers self-insurance as agents better react to shocks, reducing risk. On the other hand, it weakens market-insurance as common knowledge of shocks restricts trading risk. We embody these two faces of information in a single general-equilibrium model. We characterize the conditions under which market-insurance is superior, and then public information – even though costless and precise – is socially undesirable. In the absence of information, however, market-insurance is still underprovided as individuals fail to internalize its general equilibrium benefits.

► **Rapport sur la structure des recettes finançant la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2021

Paris HCFIS.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-letat-des-lieux-du-1.html>

Le HCFiPS effectue à intervalles réguliers un bilan de

l'évolution de la structure des recettes des organismes de sécurité sociale. Au-delà des évolutions de long terme rappelées ici (diversification des ressources de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, avec une part croissance du financement assuré par des recettes fiscales et des contributions sociales), il en ressort que le mode de financement de certaines branches a significativement évolué au cours des derniers exercices. La branche maladie sera ainsi financée pour une part très significative par la TVA (20 %), le produit de la TVA se rapprochant du produit de CSG qui lui est affecté (24 %).

► **Rapport sur l'état des lieux du financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2021

Paris HCFIS.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-letat-des-lieux-du-1.html>

Le HCFiPS produit à intervalles réguliers une note présentant l'état des lieux du financement de la protection sociale après le vote des lois financières annuelles. Ce rapport dresse un état des lieux du financement de la protection sociale. Il revient dans un premier temps sur l'ampleur de la crise sanitaire et économique. Il présente ensuite les principaux canaux par lesquels la crise a affecté les comptes sociaux. Le vote des lois financières pour 2021 à l'automne dernier permet enfin d'apporter des éléments prospectifs pour les exercices à venir, même si de grandes incertitudes demeurent à ce stade.

► **How Does Cost-Sharing Impact Spending Growth And Cost-Effective Treatments? Evidence From Deductibles**

LUCARELLI C., FREAN M., GORDON A. S., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ;28155. Cambridge NBER.

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28155/w28155.pdf

The growth of health care spending has been a longstanding policy concern. Over the years, several innovations have been proposed to lower levels of health care spending; however, their impact has

been limited and not sustained over time. Costly new technology, while often an improvement to existing care, has been identified as a principal driver of health care spending growth. Recent literature has shown that high deductible health plans (HDHP) can have an immediate impact on levels of health care spending, but their medium- and long-run effects on spending growth remain unknown. In this paper, we use multiple-employer-group claims data from a large national insurer to (i) study whether HDHPs reduce the growth in spending over four years compared to lower deductible alternatives; and (ii) explore the mechanisms behind any reductions in growth by looking at whether HDHPs reduce the use of low- vs. high-value treatments. We find that HDHPs have a limited effect on spending growth, with a statistically significant reduction observed only for prescription drugs. HDHPs are not associated with significantly lower growth in spending on highly cost-effective medicines in a sample of drugs but do reduce spending growth for less cost-effective drugs.

<https://www.nber.org/papers/w28565>

A feature of many insurance markets is that they combine vertical differentiation (all consumers prefer high to low-coverage policies) and adverse selection (high cost customers prefer high-coverage plans). Building on Novshek and Sonnenschein (1978) and Azevedo and Gottlieb (2017), this paper characterizes the competitive equilibria in a vertically differentiated market characterized by adverse selection. This provides a simple, dynamic model of the market, along with their welfare consequences over time in response to policy changes. The model makes predictions consistent with recent evidence on the ACA exchange in the US (Frean et al. (2017)). Moreover, it provides a complete characterization of the health insurance “death spiral”. The death spiral leads to an inefficient outcome, but does not lead to a complete breakdown of the market. Rather, it predicts a large number of plans, with coverage that falls with an individual’s willingness to pay. It is shown that introducing a minimum coverage standard combined with an insurance mandate cannot restore efficiency. The optimal system depends on both the valuation of public funds and the social value of insurance. Depending on these parameters, a number of different types of systems may be optimal, including a single payer system with mandatory participation for all, such as the Canadian system, a mixed private-public system, as one sees in many countries, or a pure, free market system.

► **A Welfare Analysis Of Competitive Insurance Markets With Vertical Differentiation And Adverse Selection**

MACLEOD W. B.
2021

NBER Working Paper Series ;28565. Cambridge NBER.

État de santé

Health Status

► **Through A Gender Lens: Women And Tobacco In The WHO European Region**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2021

Copenhagen: OMS

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2021/through-a-gender-lens-women-and-tobacco-in-the-who-european-region-2021>

This report provides a brief summary of some of the challenges, old and new, that women and girls face in the context of the tobacco epidemic in the WHO

European Region, outlining the gendered nature of tobacco use and exposure and how the tobacco industry continues to target them through gendered messaging. It also provides recommendations for approaches and policy interventions that take a gender lens to tobacco control. The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) strongly underpins gender equality and highlights the importance of addressing gender-specific risks. This report seeks to reinforce these aspects of the WHO FCTC, supplement tobacco-control reports published by the WHO Regional Office for Europe, and follow up on the recommendations of the WHO European strategy for women’s

health and well-being by promoting gender-responsive tobacco-control polic

► **20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence**

SPIILKA S., LE NEZET O., JANSSEN E., *et al.*

2021

Tendances(143)

<https://www.ofdt.fr/index.php?CID=1186>

Deux grandes enquêtes, menées tous les 4 ans depuis 25 ans en population adolescente permettent une comparaison des usages de drogues à l'échelle internationale : l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et l'European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), menée avec le soutien de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA). La première, qui interroge les élèves âgés de 11, 13 et 15 ans, se déroule depuis 1982 (1994 en France) dans un nombre croissant de pays occidentaux. Elle vise à collecter des données sur la santé, le bien-être, le vécu scolaire et les comportements favorables ou préjudiciables à la santé des élèves, dont les usages de drogues. La seconde, conduite depuis 1995 (1999 en France) dans une quarantaine de pays européens, se centre sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et des autres substances illicites à 16 ans. Ce Tendances révèle la richesse et l'importance de ces enquêtes répétées en population adolescente.

► **La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises ?**

VIGNERON E.

2020

Boulogne-Billancourt : Berger-Levrault

L'auteur l'affirme dès l'introduction : « En matière de solidarité et de santé, le XXI^e siècle sera éducatif ou ne sera pas. » En interrogeant l'histoire, « en y plongeant les mains comme dans un bac à sable, un grand terrain de jeu où l'on grandit heureux », il repère les trois grands défis auxquels la santé doit faire face. Le premier défi est celui du financement de la santé et de la solidarité. Il est donc celui de l'économie générale du système. L'éducation doit être plus philosophique et morale qu'économique et ne peut se réduire à la simple formation aux recettes de gestion. Le deuxième défi est celui des directions que prendra la science : statines, perturbateurs endocriniens, vaccinations, traitements hormonaux, vin et santé, etc. Que de débats mal conduits, de preuves mal étayées et de dérives coûteuses ! L'éducation scientifique doit se développer en France pour former des citoyens éclairés. Le troisième défi est celui de l'adoption par le système de ces technologies nouvelles reposant sur la numérisation et la miniaturisation. La seconde moitié du XX^e siècle a fait oublier l'importance de l'éducation technique, a négligé la promotion du métier d'ingénieur, en érigeant le marketing et la gestion en « sciences » et en faisant passer la vente avant la production. En mettant l'éducation au cœur du dispositif de santé, l'auteur soutient une position séduisante et solide. Les exemples traités sont ceux qui sont aujourd'hui sur le devant de la scène sanitaire.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Santé : vous reprendrez bien un peu de désert ? Dossier**

ASSOCIATION DES MAIRES RURAUX DE FRANCE

2021

36 000 Communes(372)

<https://fr.calameo.com/books/00530798976b211c0b720>

Alors que la population augmente et notamment celle des personnes âgées, la croissance du nombre

des médecins ne permet plus de suivre la demande et l'on assiste à une stagnation de la densité médicale depuis les années 2000 à l'échelle du pays tout entier et à une désertification médicale dans de nombreux territoires. Depuis 30 ans, cette désertification est chaque année un peu plus marquée car il s'y est ajouté une baisse passagère des effectifs de nouveaux docteurs qui a encore aggravé le peu d'installations et de reprises de cabinet. Ce sont des régions entières

ou presque qui sont atteintes : la région Centre, la Champagne-Ardenne, l'Auvergne en dehors du Puy de Dôme ou la Bourgogne. S'observe ainsi un déclassement de pans entiers du territoire.

► **Rural Hospital Closures: Affected Residents Had Reduced Access To Health Care Services**

COSGROVE J.

2020

Washington GAO.

<https://www.gao.gov/assets/gao-21-93.pdf>

Rural hospitals provide essential health care to rural communities. Yet, over 100 rural hospitals closed from January 2013-February 2020 in the US. This report describes changes in the availability of health care providers in counties with and without rural hospital closures, the effect of closures on the distance for residents to access health care services, health characteristics of Medicare fee-for-service (FFS) beneficiaries in service areas with and without closures, and financial health and other characteristics of recently closed and open rural hospitals

Handicap

Disability

► **Projet Communautés 360 Contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap**

ARAGONA E., BAUDOT P. Y. ET ROBELET M.

2021

Paris : CNSA

<https://www.cnsa.fr/documentation/contributionc360-vf.pdf>

Dans le cadre de leur projet de recherche consacré à l'admission en établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, trois chercheurs interrogent la mise en place des Communautés 360. Ils montrent que les coordinations locales installées de longue date sont un atout pour ces communautés; pour autant, ils présentent l'empilement des dispositifs comme un point de vigilance à prendre en considération.

► **Davantage de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap dans les quartiers prioritaires de la ville**

BARADJI E.

2021

Etudes Et Résultats (Drees) (1183)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/davantage-de-beneficiaires-de-la-prestation-de-compensation-du>

Fin 2015, dans les 25 départements recensés dans la base RI-PCH de la Drees, un bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap (PCH) sur dix réside dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), une proportion plus élevée que dans l'ensemble de la population (7,6 %). Les QPV se caractérisent par une population de bénéficiaires plus jeunes que dans le reste du territoire. Ceux n'étant pas en couple y sont également surreprésentés.

► **Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial**

BARADJI E. ET DAUPHIN L.

2021

Etudes Et Résultats (Drees). (1182).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER1182.pdf>

En décembre 2015, 183 000 personnes ont reçu une aide financière au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), d'après la base RI-PCH de la Drees. Ces bénéficiaires « payés » en décembre 2015 représentent près de 70 % des 271 000 personnes ayant un droit ouvert à la PCH en France à cette date. Si la PCH couvre plusieurs types de volet, la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine : c'est le cas pour neuf bénéficiaires payés sur dix, soit 92 % des montants versés. Le recours à un aidant familial est majoritaire, en particulier pour les plus jeunes. Les bénéficiaires âgés de 50 ans ou plus ont, quant à eux, relativement plus souvent recours à un prestataire. En moyenne, 690 euros d'aide humaine par bénéficiaire ayant reçu un paiement à ce titre ont été versés pour le mois de décembre 2015. Si près de la moitié des dépenses de PCH sont consacrées aux personnes de 50 ans ou plus, les bénéficiaires les plus jeunes se distinguent par des montants perçus en moyenne plus élevés, aussi bien pour l'aide humaine que pour l'aménagement du véhicule et du logement et les aides techniques, ainsi que par un cumul plus fréquent des différentes formes d'aide.

► **Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ?**

PENNEAU A. ET PICHETTI S.

2021

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(256)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/256-les-femmes-en-situation-de-handicap-vivant-en-institution-ont-elles-un-meilleur-acces-au-depistage-des-cancers-feminins.pdf>

De nombreuses barrières physiques et psychiques réduisent l'accès à la prévention des cancers féminins pour les femmes en situation de handicap. Pourtant, les institutions qui accueillent certaines de ces femmes sont susceptibles de développer une politique de prévention qui réduit ces difficultés d'accès. Nous questionnons l'effet facilitateur des établissements sociaux et médico-sociaux pour accéder aux dépistages des cancers féminins pour les femmes âgées de 25 à 75 ans déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne. Afin de mesurer les différences de recours aux dépistages des cancers féminins des femmes vivant en institution, leur accès à la prévention est comparé à celui des femmes déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne et résidant à domicile. Ces recours sont également distingués en fonction des types d'établissements sociaux et médico-sociaux dans lesquels elles sont accueillies. Les femmes vivant en institution ont des profils et des caractéristiques (type de handicap, niveau de dépendance, liens sociaux...) qui diffèrent de ceux des femmes résidant à domicile. Ces caractéristiques peuvent aussi influencer sur la probabilité de réaliser des actes de prévention des cancers féminins. Après prise en compte de ces différences de caractéristiques individuelles, les femmes handicapées résidant en institutions ont une probabilité significativement plus élevée de déclarer avoir été dépistées que les femmes handicapées résidant à domicile. Nos résultats confirment donc un effet facilitateur des institutions pour accéder aux dépistages des cancers féminins des femmes en situation de handicap.

Hospital

► Urgent Care Centers, Hospital Performance And Population Health

BHALOTRA S. R., NUNES L. ET ROCHA R.
2020

IZA Discussion Paper ; 13992. Bonn IZA.
<http://ftp.iza.org/dp13992.pdf>

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

► Publicly Funded Hospital Care: Expenditure Growth And Its Determinants

RICE N. ET ARAGON M. J.
2021

CHE Research Paper Series ; 177. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP177_funded_hospital_expenditure_growth.pdf

Understanding the drivers of growth in health care expenditure is crucial for forecasting future health care requirements and for the efficient use of resources. We consider total hospital admitted care expenditure in England between 2009/10 and 2016/17. Decomposition techniques are used to separate changes in expenditure into elements due to changes in the distribution of characteristics, of both individuals and the services they receive, and due to changes in the impact of characteristics on expenditures. Growth in aggregate expenditure was due to increases in total patient admissions together with a substantial shift towards episodes of non-elective care, particularly the use of long-stay care. Decomposition of patient level expenditure suggests efficiency gains in treatment across the full distribution of expenditures, but that these were outweighed by structural changes towards a greater proportion of patients presenting with high-dimensional comorbidities. This is particularly relevant at the top end of the expenditure distribution and accounts for a large proportion of the total expenditure growth.

Inégalités de santé

Health inequalities

► Inégalités et évolutions récentes de l'espérance de vie

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2021

Paris : COR

<https://www.cor-retraites.fr/node/551>

L'espérance de vie est un élément important à prendre en compte dans le débat sur les retraites, qu'il s'agisse de projeter les dépenses des régimes de retraite ou de comparer la durée de retraite des générations successives. Aussi ce thème est régulièrement abordé par le COR, lorsque l'Insee publie de nouvelles projections démographiques (les dernières projections 2013-2070

ont été publiées fin 2016 et les prochaines projections devraient l'être fin 2021), mais aussi lors de séances thématiques, comme celle de mars 2014 qui présentait les concepts d'espérance de vie par génération et d'espérance de vie sans incapacité. Cette séance présente les résultats d'études récentes et novatrices sur l'espérance de vie de la population générale, réalisées essentiellement par l'Insee. Elle sera complétée par une autre séance en mai, consacrée à l'espérance de vie dans les différents régimes de retraite. Trois sujets sont abordés dans ce dossier : les disparités d'espérance de vie selon la catégorie socioprofessionnelle, le diplôme et le niveau de vie (partie I); les évolutions récentes avant la crise de la Covid, marquées par un ralentissement de l'allongement de l'espérance de vie (partie II); enfin l'impact de la Covid sur la mortalité en 2020 (partie III). Sur ce dernier sujet, l'Insee s'est mobilisé rapidement en 2020 pour publier des données et des analyses sur la surmortalité liée à la crise sanitaire. Le Cor a déjà présenté des premiers résultats lors de la séance de juin 2020, suivis d'une analyse de la surmortalité liée à la 1ère vague lors de la séance du 8 octobre 2020. On dispose désormais de résultats quasi-définitifs sur l'ensemble de l'année 2020.

► **Pauvreté dans le monde : une baisse menacée par la crise sanitaire**

DAMON J.
2021

Paris Fondapol.

<http://www.fondapol.org/etude/pauvrete-dans-le-monde-une-baisse-menacee-par-la-crise-sanitaire/>

La crise Covid fait des victimes sanitaires, surtout parmi les plus âgés, notamment dans les pays riches, et elle fait et continuera à faire, même après la fin de la pandémie, des victimes économiques parmi les jeunes, notamment dans les pays pauvres. Pour la première fois depuis la fin des années 1990, la pauvreté dans le monde repart à la hausse. À l'échelle internationale, les progrès du passé récent en matière de développement s'effacent. Les perspectives préoccupent. Globalement, on estime qu'il y a pauvreté quand le pouvoir d'achat est inférieur à 1,90 dollar par jour et par personne. Cette convention permet de suivre les évolutions du phénomène ainsi que les objectifs ambitieux que se fixe la communauté internationale. À l'horizon 2030, la visée consiste à mettre fin à cette forme extrême de pauvreté et l'optimisme face à cet objectif prévalait depuis une vingtaine d'années. L'épidémie de coronavirus et ses conséquences économiques changent

la donne. En 2020, jusqu'à 150 millions de personnes seraient venues grossir les rangs de la pauvreté. Et, selon d'autres approches, il pourrait même s'agir d'un demi-milliard d'individus. Plus que les données précises, ce sont les ordres de grandeur qui importent et alarment. Au-delà des interventions d'urgence, la situation et les perspectives appellent donc des révisions de l'aide publique au développement.

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

HOSSEINI R., KOPECKY K. ET ZHAO K.
2020

Working Paper 2020-20. Storrs University of Connecticut.

<https://media.economics.uconn.edu/working/2020-20.pdf>

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

► **Comportement alimentaire, activité physique, sédentarité et inégalités sociales de santé à l'adolescence**

MANNEVILLE F.
2020

Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine.
Nancy. FRA. Thèse Santé publique et épidémiologie
<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03051590/document>

A l'adolescence, plus le statut socioéconomique (SSE) des individus est élevé, meilleur est leur état de santé et traduit l'existence d'inégalités sociales de santé. Ces inégalités pourraient s'expliquer par une inégale répartition des modes de vie comme l'activité physique (AP), le comportement sédentaire (CS) et le comportement alimentaire (CA) en fonction du SSE des adolescents. Les liens entre les modes de vie et les inégalités sociales de santé sont encore mal connus à l'adolescence. Cette thèse visait à analyser les liens entre les modes de vie et les inégalités sociales de santé à l'adolescence à travers trois objectifs : 1) décrire les modes de vie et leurs répartitions en fonction du milieu social des adolescents, 2) évaluer l'efficacité d'une intervention de santé publique sur la réduction des inégalités sociales de santé à l'adolescence, 3) mesurer et quantifier les effets médiateurs des modes de vie sur les inégalités sociales de santé à l'adolescence.

► **Delivering Quality Education And Health Care To All. Preparing Regions For Demographics Change**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2021

Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/urban-rural-and-regional-development/delivering-quality-education-and-health-care-to-all_83025c02-en

COVID-19 has put renewed focus on the importance of addressing longstanding challenges that OECD governments face in delivering public services, especially in regions with people spread over a wider area where economies of scale are more difficult to achieve. The physical infrastructure needed to provide good quality education and health services can be more complex and expensive in rural and remote regions that also struggle to attract and retain education and health care professionals. Acute ageing trends in many rural regions and, in some cases, a shrinking population will require sustainable policy responses that will need to be coherent with pressure to drive efficiencies in public spending. This report examines the nuances specific to the delivery of education and health care to people everywhere, offering recommendations on how to better adapt provision to the realities of today and the emerging realities of tomorrow to face the challenges of distance, demographic change and fiscal belt-tightening. The report also examines digital connectivity issues in rural and remote regions, recognising the significant scope for digital delivery of services to mitigate challenges related to distance. Finally, the report looks at governance issues, including fiscal issues, through which the delivery of these critical services is administered and paid for.

Médicament

Pharmaceuticals

► **Innovation pharmaceutique : comment combler le retard français ?**

KYLE M. ET PEROT A.
2021

Paris : CAE

<https://www.cae-eco.fr/staticfiles/pdf/cae-note62v3.pdf>

Le Conseil d'analyse économique (CAE), dont la mission est d'éclairer les choix du gouvernement, pointe le retard de l'innovation pharmaceutique en France, préjudiciable au développement de cette industrie. Dans cette note, il rappelle la montée en puissance de la biologie et de la génomique au détriment de la chimie. Il

en résulte « une accélération du rythme de l'innovation et la mise au point de médicaments de niche ». Mais aussi du développement des start-up de la santé et des entreprises (spin-off) issues du monde universitaire. En France, cependant, les politiques menées depuis dix ans font ressortir un effort financier insuffisant. Entre 2011 et 2018, le financement public de la recherche fondamentale dans la santé a diminué de 28 % à 2,05 milliards d'€ en France, alors qu'il a augmenté de 11 % à 4,9 milliards en Allemagne et de 16 % à près de 3 milliards au Royaume-Uni. Tandis qu'en matière de recherche appliquée, le « ticket » moyen investi dans les biotechnologies s'élevait en 2019 à 9 millions d'€ dans l'Hexagone, contre 12 millions outre-Manche et 16 millions outre-Rhin. Le Cae recommande donc « d'augmenter les fonds publics alloués à la recherche fondamentale et de poursuivre les efforts visant à renforcer les collaborations entre universités et start-up ». Il estime en outre nécessaire de réserver les financements publics aux essais cliniques « randomisés » qui offrent des garanties scientifiques plus importantes. Le rapport s'inquiète également de la rigidité du droit de propriété intellectuelle, qui débute avant la commercialisation du produit. Et recommande d'envisager, à l'échelle européenne, l'élaboration de contrats ayant une exclusivité commerciale dont la durée varie selon le degré d'innovation du produit.

► **Impact Of The Affordable Care Act's Physician Payments Sunshine Act On Physician Prescribing**

LI J., WU B., FLORY J., *et al.*
2020

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3674553

Financial relationships between physicians and the pharmaceutical industry in the U.S are an impediment to the affordability and cost transparency of prescription medications. As part of the Affordable Care Act, the Physician Payments Sunshine Act (PPSA) requires medical product manufacturers including pharmaceutical companies to disclose to the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) any payments made to physicians, starting in 2013. We evaluate the impact of the PPSA on physician prescribing of brand versus generic drugs in two drug classes: statin and antidepressants. We adopt a difference-in-differences and event study design, leveraging as the control group physicians in two states, MA and VT, which implemented similar state laws prior to the national PPSA. To

address selection bias, our analytical sample includes physicians practicing in border counties between the treatment (NH, NY, RI) and control (MA, VT) states. Using 2011-2015 commercial insurance claims data from Health Care Cost Institute, we find that the PPSA led to a 26% reduction in new prescriptions of brand-name statin, and a 12% reduction in new prescriptions of brand-name antidepressants over the study period. We also find small to insignificant decrease in generic prescribing in both drug classes. The reduction in branded prescriptions occurred among physicians with all levels of industry payments in the post-PPSA period, and more pronounced among physicians with the highest level of drug spending pre-PPSA. The changes were primarily driven by physicians decreasing number of patients receiving drugs on an annual basis. We do not find evidence that the PPSA changed the clinical case-mix of patients receiving drugs. We estimate that the PPSA led to annual savings of approximately \$0.8 million for statin and \$0.4 million for antidepressant new prescriptions in the treated counties of our analytical sample alone.

► **Market Review – European Generic Medicine Markets 2020**

MEDICINES FOR EUROPE
2021

[Brussels Medicines for Europe.](https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2021/02/2020-Generic-Market-Review-Final.pdf)

<https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2021/02/2020-Generic-Market-Review-Final.pdf>

The 2020 Market Review covers 8 main topics: Pricing systems, Control of Excessive Spending, Retail tendering, Hospital tendering, Reimbursement systems, Physician incentives, Pharmacist incentives and Patient incentives. Through the different topics, the reader will get a clear overview of how generic medicine policies are set in the reviewed countries. The European countries covered in this edition of the market review are: Austria, Belgium, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Lithuania, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Spain, Sweden, Turkey, UK. .

► **Surveillance de la consommation d'antibiotiques en Ehpad. Mission SPARES. Données 2018-2019**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2021

Saint-Maurice SPF.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/surveillance-de-la-consommation-d-antibiotiques-en-ehpad-mission-spares-donnees-2018-2019>

Des enquêtes de prévalence de l'utilisation des antibiotiques (ATB) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont montré une fréquence élevée de recours aux ATB à

large spectre. Dans les structures Ehpad bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), la surveillance continue de la consommation d'ATB dispensés, plus aisée à mettre en œuvre, pourrait apporter une aide à l'amélioration des pratiques. Notre objectif était de décrire la consommation d'ATB des structures Ehpad volontaires ayant participé à la surveillance de la mission nationale de surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé (SPARES). En 2018 et 2019, ont été recueillis les ATB à visée systématique de la classe J01 de l'OMS ainsi que la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, dispensés par la PUI dans les secteurs Ehpad. Les quantités étaient exprimées en nombre de doses définies journalières (DDJ, version 2019), rapporté à l'activité en nombre de journées d'hébergement (JHeb).

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ?**

DAUPHIN L. ET EIDELIMAN J. S.
2021

Dossiers De La Drees (Les) (74): 30

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/DD74.pdf>

Depuis le début des années 2000, la Drees participe à la construction, la discussion et la diffusion d'un indicateur synthétique pour saisir le handicap dans le plus grand nombre possible d'enquêtes quantitatives, en France et plus largement en Europe : le « GALI » (Global Activity Limitation Indicator, indicateur global de restriction d'activité), qui prend la forme suivante en français : *Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? 1.Oui, fortement limité(e) 2.Oui, limité(e), mais pas fortement 3.Non, pas limité(e) du tout. Le GALI permet de poser une seule question incluant quatre éléments constitutifs du handicap : sa dimension chronique (« depuis plus de 6 mois »), ses causes médicales (« problème de santé ») et le fait que l'on cherche à mesurer les conséquences sur les activités (« limité dans les activités ») dans un contexte social donné (« que les gens font habituelle-

ment »). On considère comme étant handicapées, au sens où elles ont de fortes restrictions d'activité, les personnes répondant « oui, fortement » à cette question (désignée dans cette étude « GALI restreint »). La population ainsi identifiée est d'environ 4,9 millions de personnes de 16 ans ou plus (soit environ 9 % de cette population, d'après l'enquête SRCV). Les données du GALI tirées des enquêtes SRCV (statistiques sur les ressources et les conditions de vie des ménages) et EEC (Enquête Emploi en continu), produites par l'Insee, sont précises et cohérentes pour la population âgée de 16 à 64 ans : 2,3 millions de personnes (soit 6 %) sont handicapées en utilisant cette définition du handicap. Elles sont un peu moins stables et cohérentes selon les sources pour les personnes de 65 ans et plus, qui sont entre 2 et 2,5 millions à être considérées comme handicapées selon cette définition, en fonction des différentes enquêtes.

Health Policy

► Plan européen pour vaincre le cancer

COMMISSION EUROPÉENNE

2021

Bruxelles Commission européenne.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_fr.pdf

L'objectif du plan européen pour vaincre le cancer est d'aborder l'ensemble de la prise en charge de la maladie. Il s'articule autour de quatre domaines d'action clés dans lesquels l'Union européenne peut apporter la plus grande valeur ajoutée : 1) la prévention; 2) la détection précoce; 3) le diagnostic et le traitement; et 4) la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et des personnes ayant survécu à la maladie. Au cours des prochaines années, il mettra l'accent sur la recherche et l'innovation, exploitera le potentiel offert par la numérisation et les nouvelles technologies et mobilisera des instruments financiers pour soutenir les États membres.

► ARS : Bilan et propositions avec focus sur les instances de démocratie en santé : note de position. Audition MECSS

VERVIALLE A.

2021

Paris : FAS

<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2021/02/Note-position-FAS-ARS.pdf>

Cette publication revient sur les limites de la démocratie sanitaire, identifiées par la fédération, notamment dans le fonctionnement des ARS et l'animation des instances locales de démocratie sanitaire. FAS pointe, entre autres, une dilution des compétences des ARS face à un pilotage partagé pour certains champs avec l'Assurance maladie, la CNSA ou les départements, une sous-dotation en personnel et une faible valorisation en termes de rémunération. La fédération revient également sur l'usage des Fonds d'interventions régionaux (Fir) et avance un manque de transparence dans leur utilisation. Pour les représentants des patients et des usagers du système de santé, ces dysfonctionnements généraux se ressentent dans le fonctionnement des instances locales de démocratie en santé. Partant de ces constats, France Assos Santé propose, notamment, de réinvestir le niveau départemental des ARS, de faire du Fir un véritable outil de financement d'actions locales ou encore d'augmenter les moyens des ARS en sanctuarisant des crédits pour l'animation de la démocratie sanitaire. Le besoin de renfort du travail partenarial entre les différents acteurs dans le domaine sanitaire et médico-social a été étudié, dans le cadre de travaux de l'EN3S et à l'aune de la crise sanitaire, dans une logique qui oscillerait entre animation territoriale, partenariat et favorisation supplémentaire des initiatives de coordination au niveau local.

Politique sociale

Social Policy

► Hébergement d'urgence permanent : davantage de familles et des séjours rallongés au cours des années 2010

CABANNES P. Y. ET EMORINE M.

2021

Etudes Et Résultats (Drees) (1184)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/hebergement-durgence-permanent-au-cours-des-annees-2010-davantage>

Début 2017, 26 000 personnes sont hébergées en places d'urgence permanentes dans un centre d'hébergement, soit 17 000 de plus que début 2009, d'après l'enquête quadriennale de la Drees auprès des établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS). Cette hausse marquée s'est poursuivie depuis. Trois personnes hébergées sur dix sont mineures, leur part a augmenté de 8 points entre 2013 et 2017. Parmi les adultes hébergés, 46 % sont des

hommes isolés, 17 % des femmes isolées et 12 % des femmes seules avec enfant(s). La part des hommes isolés baisse de 11 points, alors que celle des adultes avec enfant(s) augmente de 8 points par rapport à 2013. Cette hausse de la part des adultes avec enfant(s) est liée en partie à la hausse de la part des ressortissants de pays hors de l'Union européenne (UE). Ces derniers représentent deux tiers des personnes hébergées et leur part a augmenté de 6 points depuis 2013. Début 2017, une personne hébergée en place d'urgence permanente sur deux y est depuis au moins 4 mois et demi et une sur cinq depuis au moins 15 mois. L'ancienneté médiane a plus que doublé depuis 2013, elle était alors de 2 mois. Les familles et les ressortissants d'un pays hors de l'UE restent plus longtemps que les autres.

► **How Reliable Are Social Safety Nets? Value And Accessibility In Situations Of Acute Economic Need**

HYEE R., IMMERVOLL H., FERNANDEZ R., *et al.*
2020

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 252. Paris OCDE.

<https://dx.doi.org/10.1787/65a269a3-en>

Social protection systems use a range of entitlement criteria. First-tier support typically requires contributions or past employment in many countries, while safety net benefits are granted on the basis of need. In a context of volatile and uncertain labour markets, careful and continuous monitoring of the effectiveness of income support is a key input into an evidence-based policy process. This paper proposes a novel empirical method for monitoring the accessibility and levels of safety net benefits. It focusses on minimum income benefits (MIB) and other non-contributory transfers and relies on data on the amounts of cash support that individuals in need receive in practice. Results show that accessibility and benefit levels differ enormously across countries – for instance, in 2015/16, more than four out of five low-income workless one-person households received MIB in Australia, France and the United Kingdom, compared to only one in five in Greece, Italy and Korea, three countries that have since sought to strengthen aspects of safety-net provisions.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Parcours de soins en psychiatrie**

COUR DES COMPTES

2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-organisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le

constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients

► **Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient**

DUPAYS S. ET EMMANUELLI J.

2019

Paris Igas.

<https://igas.gouv.fr/spip.php?article814>

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert, offrant prévention, diagnostic, soins ambulatoires et interventions à domicile. D'une grande diversité en termes de taille, de moyens, de manières de travailler ou de positionnement auprès des autres acteurs du soin psychique, ces 1 780 centres, au cœur de la psychiatrie ambulatoire, connaissent, sur longue période, une forte hausse de la demande de soins : en 30 ans, le dispositif ambulatoire a accueilli un million de patients supplémentaires, majoritairement en CMP. Face à cette demande, leurs principes de proximité, de pluridisciplinarité et d'accessibilité peuvent se trouver pris en défaut, en raison de la rareté des professionnels disponibles ou de difficultés à assurer leur coordination ou de répondre aux urgences et soins non programmés. L'évaluation réalisée par l'IGAS, avec d'importantes investigations sur le terrain, a été engagée en 2019, donc avant l'irruption

de la pandémie de Covid-19 qui contribue à accroître encore les besoins de prise en charge psychiatrique. Afin de conforter la place des CMP dans les parcours en santé mentale, la mission formule un ensemble de recommandations, différenciées selon la densité de professionnels disponibles : définition d'un socle commun de prestations et d'une doctrine d'organisation partagée entre les acteurs, mobilisation de psychologues cliniciens et de ressources psychiatriques privées, organisation de formes d'appui, de mutualisation et de recours à l'échelle régionale, déploiement de la téléconsultation, etc.

► **Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2021

Saint-Denis HAS.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

La Haute Autorité de santé est arrivée au terme de son premier programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale », un engagement fort débuté en 2013. Elle en assure la continuité par un nouveau programme « psychiatrie et santé mentale » pour la période 2018-2023.

Réglementation

Law

► **Leçons de droit de la protection sociale**

COURSIER P.

2021

Paris : Les 3 Colonnes

À l'heure de son 75^e anniversaire, la Sécurité sociale connaît bien des vicissitudes qui ne sont pas sans rapport avec les tempêtes essuyées dans notre pays ces dix dernières années, comme la crise financière de 2007-2008, les mouvements sociaux des « gilets jaunes » en 2018-2019 et plus récemment, la pandémie liée à la Covid-19. Dans le même temps, les mutations rencontrées par notre société, en raison notamment d'une accélération de la mondialisation et d'une augmentation des technologies de l'information et de la communication, en sus d'une démographie particu-

lièrement défavorable, obligent à réviser les contours d'un système de protection sociale vieillissant, parvenu au bout de sa logique. Certains enjeux se précisent et des réformes sont entamées (retraites, dépenses de santé, dépendance, politiques et prestations familiales, etc.). Ces dernières invitent à un important « débat de société » dans la mesure où les systèmes sociaux contribuent non seulement à augmenter le pouvoir d'achat des assurés sociaux, mais aussi à affecter de façon concomitante l'économie générale du pays et des entreprises, en pesant par exemple par des prélèvements obligatoires en même temps qu'en termes de dépenses publiques. Or, le système de protection sociale participe du « contrat social » qui cimente notre société. Dès lors, une certaine prudence s'impose au risque, sinon, de voir le corps social se crispier et rejeter

certains des changements proposés par les dirigeants. En dix leçons, cet ouvrage appréhende de façon simple mais précise l'ensemble des enjeux et thématiques

qui font la richesse du droit de la protection sociale d'aujourd'hui. Sans leur maîtrise il paraît difficile d'imaginer l'organisation qui devra être la sienne demain.

Sociologie

Sociology

► **Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée**

AMBROSINO F.

2021

Paris : Vuibert

Le métier d'infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) s'impose doucement mais sûrement dans le paysage du soin en France. Titulaires d'un diplôme d'état spécifique, les IPA assurent le suivi de patients confiés par leur médecin et peuvent agir sur l'orientation, la prévention, l'éducation ou le dépistage. Ils/Elles peuvent prescrire des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des examens complémentaires et effectuer des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. Les IPA interviennent dans les domaines des pathologies chroniques stabilisées, de la prévention et des polyopathologies courantes en soins primaires; de l'oncologie et hémato-oncologie; de la maladie rénale chronique, dialyse et transplantation; de la psychiatrie et santé mentale. Mais qu'est-ce que la pratique avancée et comment s'est-elle construite? Quelle est la législation qui la régit, notamment la plus récente? Comment et où se former? Quels sont les rôles et les actes effectués par l'IPA à ce jour? Quelles sont les compétences attendues pour cet exercice? Autant de questions auxquelles ce livre propose une réponse claire, structurée et actualisée, appuyée des témoignages et des retours des premiers diplômés.

► **Un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires**

GUERRY R.

2021

Paris **Le Labo de l'Economie Sociale et Solidaire.**

<https://lelabo-ess.org/etude-un-systeme-de-sante-pour-toutes-et-tous.html>

Alors que nous vivons depuis un an une situation de

crise sanitaire doublée de terribles conséquences économiques et sociales, le Labo de l'ESS publie une nouvelle étude sur l'économie sociale et solidaire au sein de l'organisation des soins en France. Réalisé en partenariat avec la Caisse des dépôts - Banque des Territoires, ce travail est orienté sur l'accès aux soins de premier recours, en tant que première porte d'entrée dans le système de santé.

► **Participation des usagers : de l'implication à la coopération**

FÉDÉRATION ADDICTION

2021

Paris : Fédération Addiction

<https://www.federationaddiction.fr/parution-du-guide-participation-des-usagers-de-limplication-a-la-cooperation/>

Le guide « Participation des usagers : de l'implication à la coopération », de la collection Repère(s), est le fruit de 3 années de démarche participative au sein du réseau de la Fédération Addiction et de ses partenaires. Son objectif est de dresser un état des lieux des pratiques d'implication des usagers dans leur parcours de soins, dans leur structure d'accueil et d'accompagnement, auprès de leurs pairs et dans la société. Ce travail rend compte de la diversité des pratiques permettant de (re-)donner aux usagers leur pouvoir d'agir et de co-construire un parcours de soins qui convienne à leurs besoins et qui permette d'améliorer leur qualité de vie. Soutenu par la Direction Générale de la Santé, ce projet a été conduit en lien avec le conseil d'administration de la Fédération Addiction. Il a été élaboré par un groupe de travail paritaire – composé d'autant de professionnels des soins que d'usagers – et partenarial – intégrant des associations d'entraide et d'auto-support.

► **Les mutations du travail**

DUBET F.

2019

Paris : La Découverte

Numérisation, robotique, travail en réseau, industrialisation des services, ubérisation, néomanagement... ces notions et beaucoup d'autres évoquent les multiples visages des mutations du travail. Le travail encadré par les métiers et les qualifications, par une organisation stable et par un système de relations professionnelles établi, semble en voie de disparition. Bien souvent, ces mutations sont associées à une dégradation continue des conditions de travail. Cette inquiétude se comprend d'autant mieux que les transformations du travail affectent tous les domaines d'activité sans que ces changements apparaissent comme des progrès visant à améliorer les conditions de travail. Le plus souvent, ils se présentent comme des réponses aux contraintes imposées par le capitalisme financier et par la mondialisation. Pourtant, si le pessimisme peut être compris, ce n'est pas la meilleure manière d'analyser la révolution du travail dans laquelle nous sommes engagés. Car derrière les désordres et les frustrations, de nouveaux métiers et d'autres manières de travailler se constituent également et il est important de les décrire et de les expliquer afin de savoir dans quels mondes du travail nous entrons. Tel est l'objet de ce livre qui aborde successivement trois grandes questions : les effets des innovations techniques, les nouvelles formes d'organisation du travail et de management, les mutations des conflits du travail.

► **L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles**

VEZINAT N.

2019

In: [Les mutations du travail]. Paris : La Découverte: 117-134.

Ce chapitre s'attache aux formes d'organisation du travail médical dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans le monde traditionnellement très hiérarchisé de la médecine, ces structures en appellent à un travail plus collégial, collaboratif et horizontal. L'intérêt de ces formes d'organisation, encore minoritaire, des soins primaires en ville, tient justement à ce qu'elle mobilise plusieurs acteurs et transforme les relations qui s'établissent entre différents métiers. Les maisons de santé mettent en avant une structure horizontale liée au statut libéral et à l'absence de hiérarchie formelle. Les uns et les autres étant encore majoritairement rémunérés à l'acte, les professionnels se considèrent comme des égaux par leur statut. Comment qualifier ces égaux ? Pour répondre à ces questions, l'auteur s'intéresse aux rapports de forces au sein de la maison de santé en questionnant les configurations relationnelles renouvelées qui apparaissent lors des congrès fédéraux. Plutôt que des « égaux concurrents », les professionnels en maison de santé se présentent comme des « égaux complémentaires » qui fondent leur collégialité.

Soins de santé primaires

Primary health care

► **International Migration And Movement Of Doctors To And Within OECD Countries - 2000 To 2018: Developments In Countries Of Destination And Impact On Countries Of Origin**

SOCHA-DIETRICH K. ET DUMONT J. C.

2021

OECD Health Working Papers ; 126. Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-and-movement-of-doctors-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018_7ca8643e-en

<https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>

Ce document présente les données les plus récentes du nombre de médecins migrants parmi les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, ainsi que l'impact de ces flux migratoires réguliers sur les pays d'origine, y compris une analyse de l'évolution depuis 2000. L'objectif de ce document vise à nourrir le dialogue politique aux niveaux national et international. La part des médecins migrants a continué d'augmenter au cours des deux dernières décennies dans les pays de l'OCDE, avec environ les deux tiers des médecins nés à l'étranger

ou formés à l'étranger originaires de la zone OCDE et des pays à revenu intermédiaire supérieur. Les pays à revenu intermédiaire inférieur représentent environ 30 % des médecins nés à l'étranger, alors que les pays à faible revenu représentent 3 à 4 % des médecins nés à l'étranger et 4 % des médecins formés à l'étranger. Dans les pays d'origine de grande taille, la migration vers (d'autres) pays de l'OCDE a un impact modéré, mais certains des pays relativement plus petits ou ceux dont les capacités des systèmes de santé sont faibles subissent des pertes importantes de professionnels de la santé (jugés nécessaires). / This paper presents the most recent data on the number of migrant doctors in the health workforce in the OECD countries, as well as the impact these regular migration flows have on the countries of origin, including an analysis of the developments since 2000. The objective of this paper is to inform policy dialogue at the national and international levels. The share of migrant doctors has continued to rise over the last two decades across the OECD countries, with around two-thirds of all foreign-born or foreign-trained doctors originating from within the OECD area and upper-middle-income countries. The lower-middle-income countries account for around 30 % and low-income countries for 3-4 % of the foreign-born and 4 % of the foreign-trained doctors. In countries of origin that are large, migration to (other) OECD countries has a moderate impact, but some of the relatively smaller countries or those with weak health systems experience significant losses of (needed) health professionals.

► **International Migration And Movement Of Nursing Personnel To And Within OECD Countries - 2000 To 2018: Developments In Countries Of Destination And Impact On Countries Of Origin**

SOCHA-DIETRICH K. ET DUMONT J. C.
2021

OECD Health Working Papers ; 125. Paris OCDE.

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b286a957-en.pdf>

Ce document présente les données les plus récentes visant à montrer dans quelle mesure les infirmiers migrants contribuent à la main-d'œuvre de personnel infirmier dans les pays de l'OCDE ainsi que l'impact de ces flux migratoires réguliers sur les pays d'origine, y compris une analyse des évolutions depuis 2000. L'objectif de ce document est de fournir de nouvelles estimations pour nourrir le dialogue politique aux niveaux national et international. La part des infirmiers nés à l'étranger ou formés à l'étranger a continué d'augmenter au cours des deux dernières décennies dans les pays de l'OCDE, les migrations intra-OCDE représentant un tiers du volume des migrations. En ce qui concerne l'impact sur les pays d'origine, les taux d'émigration vers les pays de l'OCDE sont généralement modérés mais quelques pays connaissent des pertes importantes d'infirmiers (jugés nécessaires). Cependant, les sources des données ne permettent pas toujours d'identifier le pays de formation parmi les infirmiers formés à l'étranger. Par conséquent, certains des résultats sont probablement en deçà des chiffres réels. / This paper presents the most recent data on the extent to which migrant nurses contribute to the nursing workforce in the OECD countries as well as the impact these regular migration flows have on the countries of origin, including an analysis of the developments since 2000. The objective of this paper is to provide new data for policy dialogue at the national and international levels. The shares of foreign-born or foreign-trained nurses have continued to rise over the last two decades across the OECD countries, with intra-OECD migration making up a third of the migration volume. Regarding the impact on countries of origin, emigration rates to OECD countries are generally moderate but a few countries experience significant losses of (needed) nurses. However, for a significant share of the foreign-trained nurses, the data sources do not allow the identification of the country of training. Hence, some of the results should be treated as lower-bound estimates.

Health Systems

► **Protéger le droit à la santé grâce à des systèmes de santé inclusifs et résilients accessibles à tous**

CONSEIL DE L'EUROPE
2021

Strasbourg Conseil de l'Europe.

<https://rm.coe.int/protoger-le-droit-a-la-sante-grace-a-des-systemes-de-sante-inclusifs-e/1680a179f3>

Tous les États membres du Conseil de l'Europe sont tenus, en vertu de leurs obligations tirées du droit international, de garantir à leur population l'accès au meilleur état de santé physique et mentale possible. Détaillant les normes et principes les plus importants concernant le droit à la santé, le document recense les principaux partenaires qui peuvent aider les États à remédier aux carences des systèmes de santé mises en évidence et amplifiées par la Covid-19. Il inclut également une analyse des diverses conditions requises pour garantir des systèmes de santé inclusifs et résilients, parmi lesquelles la qualification des personnels de santé, un financement adéquat et, surtout, un leadership et une gouvernance de qualité. Enfin, le document insiste sur la nécessité d'adopter une perspective plus large en matière de droits sociaux. Il convient d'accorder de toute urgence de l'attention aux déterminants sociaux de la santé (protection sociale, cadre de vie adéquat, éducation et conditions d'emploi) : la pandémie a en effet montré combien des inégalités profondément ancrées dans la société exposaient les groupes qui en sont victimes à des risques sanitaires accrus.

► **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires européennes sur l'Union européenne et la santé**

GRUNY P. ET HARRIBEY L.
2020

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r19-648/r19-6481.pdf>

Ce rapport analyse l'ensemble des interventions de l'Union européenne dans le domaine de la santé, puis évaluera son action face à la pandémie de COVID-19 avant de proposer des améliorations susceptibles de rendre son action plus efficace.

► **Lessons From Denmark About Inequality And Social Mobility**

HECKMAN J. J. ET LANDERSO R.
2021

NBER Working Paper Series ;28543. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28543>

Many American policy analysts point to Denmark as a model welfare state with low levels of income inequality and high levels of income mobility across generations. It has in place many social policies now advocated for adoption in the U.S. Despite generous Danish social policies, family influence on important child outcomes in Denmark is about as strong as it is in the United States. More advantaged families are better able to access, utilize, and influence universally available programs. Purposive sorting by levels of family advantage create neighborhood effects. Powerful forces not easily mitigated by Danish-style welfare state programs operate in both countries.

► **Health System Review : Canada**

MARCHILDON G. P., ALLIN S. ET MERKUR S.
2020

Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf>

This analysis of the Canadian health system reviews recent developments in organization and governance, health financing, health care provision, health reforms and health system performance. Life expectancy is high, but it plateaued between 2016 and 2017 due to the opioid crisis. Socioeconomic inequalities in health are significant, and the large and persistent gaps in health outcomes between Indigenous peoples and the rest of Canadians represent a major challenge facing the health system, and society more generally. Canada is a federation: the provinces and territories administer health coverage systems for their residents (referred to as "medicare"), while the federal government sets national standards, such as through the Canada Health Act, and is responsible for health coverage for specific subpopulations. Health care is predominantly publicly financed, with approximately 70% of health expendi-

tures financed through the general tax revenues. Yet there are major gaps in medicare, such as prescription drugs outside hospital, long-term care, mental health care, dental and vision care, which explains the significant.

► **How To Transform The U.S. Mental Health System: Evidence-Based Recommendations**

MCBAIN R. K., EBERHART N. K., BRESLAU J., *et al.*
2021

Santa Monica Rand Corporation.

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RRA800/RRA889-1/RAND_RRA889-1.pdf

This project aims to describe the landscape of mental health in the United States and identify opportunities for system transformation. It identifies key problems, provides analysis of the available research evidence, and recommends solutions that many different kinds of decisionmakers can implement.

► **Health System Review : Belgium**

MERKUR S. ET VAN GINNEKEN E.
2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HIT-22-5-2020-eng.pdf>

This Belgian HiT profile (2020) presents the evolution of the health system since 2014, including detailed information on new policies. The most important reforms concern the transfer of additional health competences from the Federal State to the Federated entities and the plan to redesign the landscape of hospital care. Policy-makers have also pursued the goals of further improving access to high-quality services, while maintaining the financial sustainability and efficiency of the system, resulting in the implementation of several measures promoting multidisciplinary and integrated care, the concentration of medical expertise, patient care trajectories, patient empowerment, evidence-based medicine, outcome-based care and the so-called one health approach. Cooperation with neighbouring countries on pricing and reimbursement policies to improve access to (very high price) innovative medicines are also underway. Looking ahead, because additional challenges will be highlighted by the COVID-19 crisis, a focus on the resilience of the system is expected.

► **Health System Review : United States Of America**

RICE T., ROSENAU P., UNRUH L. Y., *et al.*
2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338880/HIT-22-4-2020-eng.pdf>

This analysis of the US health system reviews the developments in organization and governance, health financing, healthcare provision, health reforms and health system performance. The US health system has both considerable strengths and notable weaknesses. It has a large and well-trained health workforce and a wide range of high-quality medical specialists, as well as secondary and tertiary institutions, a robust health sector research programme and, for selected services, among the best medical outcomes in the world. But it also suffers from incomplete coverage of its citizenry, health expenditure levels per person far exceeding all other countries, poor measures on many objective and subjective measures of quality and outcomes, and an unequal distribution of resources and outcomes across the country and among different population groups. It is difficult to determine the extent to which deficiencies are health-system related, though it is clear that at least some of the problems are a result of poor access to care. The adoption of the Affordable Care Act in 2010 resulted in greatly improved coverage through subsidies for the uninsured to purchase private insurance, expanded eligibility for Medicaid (in some states), and greater protection for insured persons. Furthermore, primary care and public health received increased funding, and quality and expenditures were addressed through a range of measures such as financial rewards for providing higher-value care. At the same time, a change in political administration resulted in subsequent efforts to scale back the legislation. Many key issues remain, including further reducing the number of uninsured people, alleviating some of the burdensome patient costsharing requirements, and considering some new cost-containment methods such as allowing the government to negotiate drug prices with pharmaceutical manufacturers. The direction of future health policy will almost certainly depend on which political party is in power.

► **Sécuriser et améliorer notre système de santé : capitaliser sur nos points forts pour corriger nos faiblesses**

TISON E., CALMELS D. ET KYRYLESKU A.

2020

Paris Institut Sapiens.

https://www.institutsapiens.fr/observatoire_category/sante-et-innovation/page/2/

Chaque pays a pu mesurer la résilience et les limites de son propre système. Les mesures adoptées face à la pandémie, au prix de lourdes conséquences économiques, ont surtout rappelé une évidence : la santé passe avant tout. Si cette actualité a démontré la primauté du sanitaire sur toute autre préoccupation, elle a aussi remis sur le devant de la scène, en France, une question maintenant ancienne : comment améliorer notre système de santé ? Attention aux mots, cependant : améliorer ne veut pas dire tout balayer. Si des réformes structurelles profondes sont requises dans notre système de santé, il est aussi crucial de bien identifier les spécificités qui font sa force. Avant de chercher à perfectionner le système de santé français, il faut déjà bien le comprendre et mettre en regard le pays avec ses voisins pour déterminer ses atouts et les aspects sur lesquels il est le plus performant. C'est tout l'objet de la présente étude. Pour évaluer les performances du système de santé français, cette étude mesure ainsi son efficacité par rapport à un ensemble de pays de l'OCDE, à travers cinq critères objectifs. Dans un second temps, elle examine de plus près les caractéristiques structurelles qui font la force et la faiblesse de notre modèle sanitaire. Savoir réformer, c'est certes savoir améliorer des points faibles ; mais c'est aussi savoir capitaliser sur des spécificités essentielles. En France, cela implique notamment de s'appuyer sur un acteur qui a fait ses preuves et qui joue un rôle capital, au bénéfice de nos concitoyens : le secteur des complémentaires santé.

► **Health Reform Reconstruction**

WILEY L.F. ET MCCUSKEY E.Y.

2021

Atlanta Georgia State University College.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3760086&dgcid=ejournal_html_email_public_goods:regulation:in:health:economics:ejournal_abstractlink

This Article connects the failed, inequitable U.S. coronavirus pandemic response to conceptual and structural constraints that have held back U.S health reform

for decades – and calls for reconstruction. For more than a half-century, an intellectually cramped “iron triangle” ethos has constrained health reform conceptually. Reforms aimed to balance individual interests in cost, quality, and access to health care, while marginalizing equity, solidarity, and public health. In the iron triangle era, reforms unquestioningly accommodated four entrenched fixtures of American law—individualism, fiscal fragmentation, privatization, and federalism—that distort and diffuse any reach toward social justice. The profound racial disparities and public health failures of the U.S. pandemic response agonizingly manifested the limitations of pre-2020 health reform and demand a reconstruction.

Travail et santé

Occupational Health

► **« Excellence productive » et santé au travail**

STIMEC A.
2019

In: [Les mutations du travail]. Paris : La Découverte: 155-175.

Ce chapitre s'intéresse aux conséquences du Lean management sur la santé au travail en s'appuyant sur des études de cas d'application de cette forme de management.

► **Work Beyond The Age Of 50. What Role For Mental V.s. Physical Health?**

VANDENBERGHE V.
2021

GLO Discussion Paper ; 796

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwglodps/796.htm>

This paper contributes to the literature on old employment barriers by exploring empirically the relative importance of mental v.s. physical health in determining work. It combines regression and variance decomposition analyses to quantify the respective role of mental v.s. physical health. The data used are from SHARE and inform in great detail on the health but also work status (i.e. employment and hours) of individuals aged 50+, interviewed between 2004 and 2017 in 21 European countries. The main result of the paper is that of the rather limited role of mental health | in comparison to physical health | in accounting for older individuals' work. The paper also shows that health (physical or mental) is much better at predicting old people's propensity to be in employment than the number of hours they work. Finally, the paper reveals that, in comparison to women, men's work is more driven by their health status.

Vieillessement

Aging

► **The Future Of The Elderly Population Health Status: Filling A Knowledge Gap**

ATELLA V., BELOTTI F., KIM D., *et al.*
2020

CEIS Research papers; 504. Rome Centre For Economic and International Studies.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3753614

The ageing process in OECD countries calls for a better understanding of the future disease prevalence, life expectancy and patterns of inequalities in health outcomes. In this paper we present the results obtained from several dynamic microsimulation models of the

Future Elderly Model (FEM) family for thirteen OECD countries, with the aim of reproducing for the first time comparable longterm trends in individual health status across OECD. The FEM is a multi-risk multi-morbidity dynamic microsimulation model to project health status and health demand. Given the dynamic structure of the model, we allow individual health status to evolve over time according to individual characteristics. Our model provides forecasts of the evolution of life expectancy and prevalences of major chronic conditions and disabilities, overall, by gender and by education. We find a catch-up of the considered European countries main chronic conditions prevalence with the US and

a relevant and persistent educational gradient in the health status of elderly patients. Our findings represent a valid contribution to support policy makers in designing and implementing effective interventions in the healthcare sector.

► **Why Does Consumption Fluctuate In Old Age And How Should The Government Insure It?**

BORELLA M. ET DE NARDI M.
2020

Opportunity and Inclusive Growth Institute Working Papers; 40. Minneapolis Federal Reserve Bank.
<https://econpapers.repec.org/paper/fipfedmoi/89237.htm>

In old age, consumption can fluctuate because of shocks to available resources and because health shocks affect utility from consumption. We find that even temporary drops in income and health are associated with drops in consumption and most of the effect of temporary drops in health on consumption stems from the reduction in the marginal utility from consumption that they generate. More precisely, after a health shock, richer households adjust their consumption of luxury goods because their utility of consuming them changes. Poorer households, instead, adjust both their necessary and luxury consumption because of changing resources and utility from consumption.

► **L'accueil familial est une réponse « humaine et économique » aux enjeux du vieillissement**

CORNELOUP J. ET ROBERT M.
2020

Paris Assemblée Nationale.
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3632_rapport-information

« Tout en évitant de faire naître, chez les personnes âgées, un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants ». Ces mots de Pierre Laroque, en 1962, n'ont jamais été autant d'actualité : l'accueil familial permet précisément d'offrir une alternative humaine aux personnes âgées et/ou en situation de handicap, en matière d'accompagnement et d'hébergement.

► **Does Private Equity Investment In Healthcare Benefit Patients? Evidence From Nursing Homes**

GUPTA A., HOWELL S. T., YANNELIS C., *et al.*
2021

NBER Working Paper Series ;28474. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w28474>

The past two decades have seen a rapid increase in Private Equity (PE) investment in healthcare, a sector in which intensive government subsidy and market frictions could lead high-powered for-profit incentives to be misaligned with the social goal of affordable, quality care. This paper studies the effects of PE ownership on patient welfare at nursing homes. With administrative patient-level data, we use a within-facility differences-in-differences design to address non-random targeting of facilities. We use an instrumental variables strategy to control for the selection of patients into nursing homes. Our estimates show that PE ownership increases the short-term mortality of Medicare patients by 10%, implying 20,150 lives lost due to PE ownership over our twelve-year sample period. This is accompanied by declines in other measures of patient well-being, such as lower mobility, while taxpayer spending per patient episode increases by 11%. We observe operational changes that help to explain these effects, including declines in nursing staff and compliance with standards. Finally, we document a systematic shift in operating costs post-acquisition toward non-patient care items such as monitoring fees, interest, and lease payments.

► **Long-Term Care And Health Care Insurance In OECD And Other Countries**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2020

Paris OCDE.
<https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.pdf>

Ageing is affecting many OECD countries and, as demographic change progresses, governments will be challenged to identify financially sustainable ways to support the care of ageing populations. This is particularly important for long-term care and health care, as increasing expenditures may become financially unsustainable for many countries while compromising on care options is rarely realistic. Many countries

are or will struggle with how to reform their care systems to bring these costs under control, while ensuring that those in need can access the necessary care of quality. The OECD is investigating how insurance can support the social security network and, in particular, long-term care and health care systems. Financing the long-term care and health care systems can be burdensome for countries and finding financing solutions that support fiscal budgets is an important consideration with ageing economies and demographic changes. This report is a stocktaking of long-term care and health care systems in OECD and non-OECD countries with a strong focus on the nature of the insurance markets that contribute to these systems.

► **Public And Private Sector Relationships
In Long-Term Care And Healthcare
Insurance**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2021

Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Public-and-Private-Sector-Relationships-in-Long-term-Care-and-Healthcare-Insurance.pdf>

Les dépenses de santé, particulièrement celles de soins de longue durée, vont augmenter dans l'ensemble des pays de l'OCDE : la Covid-19 n'a fait qu'accélérer une tendance structurelle liée notamment au vieillissement démographique. Ce rapport examine comment certains pays arrivent à développer des assurances privées, individuelles ou collectives, en complément de la prise en charge publique et des solidarités familiales. L'objectif de l'OCDE est de garantir une couverture optimale aux assurés.

Index des auteurs Author index

A

Abir M.....	10
Adekunle W.....	10
Agarwal N.....	10
Agence Nationale d'Appui à la Performance....	21
Ahuja A.....	11
Albanesi S.....	11
Allin S.....	40
Ambrosino F.....	37
Aragona E.....	27
Aragon M. J.....	29
Association des Maires Ruraux de France	26
Atella V.....	43
Athey S.....	11
Atolagbe O. A.....	10
Ayabacan S.....	21

B

Baker A.....	11
Balech S.....	11
Baradji E.....	27, 28
Bardhan I.....	21
Baudot P. Y.....	27
Beckett M. K.....	10
Beezhold D. H.....	12
Behzad B.....	18
Bekooij J.....	9
Belotti F.....	43
Benavent C.....	11
Bertin M.....	20
Bhalotra S. R.....	29
Biker J.....	9
Blum J.....	23
Borella M.....	44
Bourdin S.....	12
Breslau J.....	41
Breyer F.....	23
Brooks J. T.....	12
Burdett A.....	12

C

Cabannes P. Y.....	34
Calciu M.....	11
Calmels D.....	42
Chalfin A.....	12
Chen X.....	13
Commission Européenne.....	34
Conseil de l'Europe	40
Conseil d'Etat.....	24
Conseil d'Orientation des Retraites.....	29
Corneloup J.....	44
Cosgrove J.....	27
Cour des Comptes.....	35
Coursier P.....	36
Cummings K.....	18

D

Daly M.....	19
Damon J.....	30
Danagoulian S.....	12
Dauphin L.....	28, 33
Davillas A.....	12, 13
De Biase P.....	13
Delaney D.....	19
De Nardi M.....	44
Deza M.....	12
Di Domenico L.....	17
Ding H.....	9
Dorn F.....	23
Dougherty S.....	13
Dubet F.....	38
Duboc S.....	22
Dudine P.....	13
Duggan M.....	9
Dumont J. C.....	38, 39
Dupays S.....	36
Durand-Zaleski I.....	18

E

Eberhart N. K.....	41
Eideliman J. S.....	33

Emmanuelli J.....	36
Emorine M.	34
Etheridge B.	12
Etile F.....	14
Eurochild	14

F

Faia E.....	14
Fan A.	13
Fédération Addiction.....	37
Fernandez R.	35
Flory J.....	32
Fondation Abbé Pierre.....	15
Frean M.....	24
Fuster A.....	14

G

Gaballo G.....	24
Gandre C.	18
Geoffard P. Y.....	14
Georis V.	15
Gerschel E.....	15
Goldhaber D.....	15
Gollier C.	15
Gordon A. S.....	24
Gosner O.....	15
Gruny P.	40
Gueniau J.	9 , 22
Guerry R.	37
Gupta A.....	44

H

Harribey L.	40
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale.....	24
Haute Autorité de Santé.....	36
Heckman J. J.....	40
Hellwig K. P.	13
Herby J.	16
Hershbein B. J.	16
Heuer A.....	23
Holzer H. J.....	16
Hosseini R.	30
Howell S. T.....	44
Huang W.....	10

Hye R.....	35
------------	----

I

Imberman S. A.....	15
Immervoll H.....	35

J

Jahan S.....	13
Janssen E.....	26
Jones A. M.	13

K

Kapoor H.	16
Kim D.....	43
Kim J.....	11
Komo A.....	10
Kopecky K.	30
Kyle M.	31
Kyrylesku A.	42

L

Landerso R.	40
Lefort M.....	20
Le Nezet O.	26
Libault D.....	17
Li J.....	32
Lobstein T.....	17
Lorenz N.....	23
Lucarelli C.	24

M

Macleod W. B.	25
Manneville F.....	31
Marchildon G. P.....	40
Martonosi S.	18
McBain R. K.....	41
McCuskey E. Y.	42
Medicines for Europe.....	32
Meinen P.	18
Merkur S.	40 , 41
Mollo B.....	21

N

Nakamura J.....	20
Noel D. J.....	22
Noiret G.....	12
Noti J. D.....	12
Nunes L.....	29

O

Ordonez G.....	24
Organisation de Coopération et de Développement Economiques.....	18 , 31 , 44 , 45
Organisation Mondiale de la Santé.....	19 , 25
Or Z.....	18
Oyolola F.....	10

P

Papagalli O.....	18
Patel A.....	10
Pelly D.....	19
Penneau A.....	28
Perot A.....	31
Pezone V.....	14
Pichetti S.....	28
Pruckner G.....	23
Puaschunder J. M.....	19
Pullano J.....	17

R

Rehse D.....	23
Rice N.....	29
Rice T.....	41
Robelet M.....	27
Robert M.....	44
Rocha R.....	29
Rosenau P.....	41
Roux J.....	20

S

Sabbatini C.....	17
Safon M. O.....	20
Santé Publique France.....	33

Serafini R.....	18
Siedschlag J.....	20
Socha-Dietrich K.....	38 , 39
Spilka S.....	26
Starc A.....	9
Stimec A.....	43
Strunk K. O.....	15
Sugawara S.....	20
Suhard V.....	20

T

Tagat A.....	16
Tison E.....	42
Tremohlen F.....	23

U

Unruh L. Y.....	41
-----------------	----

V

Vandenberghe V.....	43
Van Ginneken E.....	41
Veran J. F.....	21
Vervialle A.....	34
Vezinat N.....	38
Vignerot E.....	26
Viot M.....	21
Von Siemens F. A.....	21

W

Wiley L.F.....	42
Wu B.....	32

Y

Yannelis C.....	44
Yan W.....	20

Z

Zhao K.....	30
Zheng E.....	21

