

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Janvier 2021 / January 2021

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health-Medical Technologies</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie- Statistiques	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision-Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Healthcare</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

- 11 **Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels**
Adjerad R. et Courtejoie N.
- 11 **Une assurance maladie à 100 % : faut-il vraiment se passer des complémentaires santé ?**
Beaudet T.
- 11 **Les transformations de l'Assurance maladie**
Bec C., Gombert F., Paris V., et al.
- 12 **L'assurance maladie : une obligation bien tempérée**
Bec C. et Lochard Y.
- 12 **Cartographie des pathologies et dépenses**
Cnam
- 12 **L'essentiel 2019 : santé et sécurité au travail**
Cnam
- 12 **Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier**
Cour des Comptes
- 13 **Protection sociale complémentaire des agents publics. Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière**
Chaumel D., Gratioux L., Lidsky V., et al.
- 13 **Fonds de la complémentaire santé solidaire. Rapport d'activité 2019**
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire
- 13 **Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise**
Fouquet M.
- 14 **La place des partenaires sociaux dans l'assurance maladie**
Gombert F.
- 14 **Who Benefits From Health Insurance? Uncovering Heterogeneous Policy Impacts Using Causal Machine Learning**
Kreif N., Mirelman A., Moreno-Serra R., et al.
- 14 **Protection universelle maladie : bilan d'étape de la réforme de 2016**
Le Bayon D. et Pougheon J.
- 15 **L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017**
Perronnin M.
- 15 **La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017**
Perronnin M. et Raynaud D.
- 16 **Protection sociale complémentaire des agents publics**
Shapira I., Desforges C., Gratioux L., et al.
- 16 **Private Health Insurance : History, Politics And Performance 2020**
Thomson S., Sagan A. et Mossialos E.
- 16 **Le reste à charge zéro, fin d'un cycle ou nouvelle perspective ?**
Waneck T.

Démographie

Demography

- 17 **La mortalité stagne à l'âge adulte pour les générations nées entre 1941 et 1955**
Blanpain N.
- 17 **En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes**
Deroyon T.

Économie de la santé Health Economics

- 17 **Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 18 **Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021**
Haut Conseil des Finances Publiques
- 18 **La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes
- 18 **Health Economics And Policy. Selected Writings By Victor Fuchs**
Fuchs V. R.
- 18 **Building An Epidemiology Of Happiness**
Helliwell J. F., Gyarmati D., Joyce C. M., et al.
- 19 **Asymmetric Demand Response When Prices Increase And Decrease: The Case Of Child Healthcare**
Iizuka T. et Shigeoka H.
- 19 **Tableaux de l'économie française - Edition 2020**
Insee
- 19 **Top-Up Design And Health Care Expenditure: Evidence From Cardiac Stents**
Jin. G., Lien H. et Tao X.
- 19 **How Does Cost-Sharing Impact Spending Growth And Cost-Effective Treatments? Evidence From Deductibles**
Lucarelli C., Freaux M. et Gordon A. S.
- 20 **Impact Of Consequence Information On Insurance Choice**
Samek A. et Sydnor J. R.
- 20 **Anticipation Of Deteriorating Health And Information Avoidance**
Schunemann J., Strulik H. et Trimborn T.
- 20 **Rapports HCFiPS sur la protection sociale des travailleurs indépendants**
Vanlerenberghe J. M.

E-santé – Technologies médicales E-health-Medical Technologies

- 21 **Les métiers de la data : zoom sur sept métiers qui placent les données au cœur de leur activité**
Apec
- 21 **Faire du numérique un accélérateur de diversité**
Bakkine A. et Toko S.
- 21 **La conduite des grands projets numériques de l'État**
Cour des Comptes
- 21 **Protection des données de santé : enjeux et bonnes pratiques : livre blanc**
Doshas Consulting
- 22 **Livre blanc de l'e-santé en HAD : enjeux, usages et solutions**
Fédération Nationale des Établissements d'HAD
- 22 **Does Health Technology Assessment Guidance Give Adequate Consideration To Decisions About Less Costly And Less Effective Alternatives?**
Griffin S., Fusco F., Naidoo B., et al.
- 22 **Rapport d'information sur le dossier médical partagé et les données de santé**
Isaac-Sibille C.
- 23 **Numérique en Santé : trois exemples pour nourrir la réflexion en France - Etude du think tank Numérique DM et santé**
Think tank Numérique DM et Santé

État de santé Health Status

- 23 **Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents**
Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
- 23 **ESPAD Report 2019. Results From The European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs**
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- 24 **Les effets de l'utilisation des écrans sur la santé des enfants : synthèse**
Tisseron S.

- 24 **Types de tabac fumés, évolutions et facteurs associés : résultats des Baromètre de Santé publique France 2017 et 2018**

Andler R., Guignard R., Richard J. B., et al.

- 24 **Connaissance de l'accident vasculaire cérébral et de ses symptômes en France en 2019**

Gabet A., Houot M., Mas J. L., et al.

- 25 **When Externalities Collide: Influenza And Pollution**

Graff J. S., Neidell M. J. et Sanders N. J.

- 25 **La santé des gens du voyage**

Guillon M., Le Retif S. et Yon A.

- 25 **État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu**

Hourdel A., Reinier M., Van Des Steeg F., et al.

- 26 **Impact des facteurs nutritionnels pendant et après cancer**

Institut National du Cancer

- 26 **La consommation d'alcool en Île-de-France : résultats du baromètre de Santé publique France 2017**

Observatoire de Santé Ile-de-France

- 26 **Effets des écrans sur le sommeil des adolescents**

Observatoire de Santé Ile-de-France

- 26 **Sclérose en plaques et emploi : bibliographie thématique**

Safon M. O.

Géographie de la santé Geography of Health

- 27 **Applied Spatial Data Analysis With R**

Bivand R. S., Rebesma E. et Gomez-Rubio V.

- 27 **Transports, mobilités et santé**

Fleuret S.

Handicap Disability

- 28 **Handicap - Réinventer l'offre médico-sociale, plateformes de services coordonnés : 2 études de l'ANAP**

Agence Nationale d'Appui à la Performance

- 28 **L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018**

Bergeron T. et Dauphin L.

- 28 **Quelles sont les spécificités des professions occupées par les personnes handicapées ?**

Bernadi V. et Lhommeau B.

- 28 **Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles**

Buisson G. et De Larosa G.

- 29 **Comité interministériel du handicap 2020**

Comité Interministériel du Handicap

- 29 **Dépenses publiques pour le handicap et l'invalidité : 51 Md€ en 2019**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 29 **De la sortie d'hospitalisation au retour à domicile : une inclusion à deux vitesses. In : Vivre chez soi avec des lésions cérébrales cérébrales acquises à tous les âges de la vie : quelles stratégies pour améliorer le parcours des personnes ?**

Desjeux C.

- 29 **L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité**

Haute Autorité de Santé

- 29 **Guide la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap. Les gestionnaires à la croisée des chemins**

KPGM

- 30 **Twenty-Five Years After The Ada: Situating Disability In America's System Of Stratification**

Maroto M. et Pettinicchio D.

- 30 **Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans**

Penneau A., Pichetti S. et Espagnacq M.

- 30 **Le soutien à domicile des personnes handicapées et dépendantes dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**

Safon M. O. et Suhard V.

- 31 **Introduction à la sociologie du handicap : histoire, politiques et expérience**

Ville I., Fillion E., Ravaut J. F., et al.

- 31 **Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020 : Bilan et perspectives**

Willemot A.

Hôpital Hospital

- 31 **En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression**

Boisguerin B., Delaporte A., Gateaud G., et al.

- 32 **L'hôpital au service du droit à la santé**

Castaigne S., Dru A. et Chatellier C.

- 32 **Les groupements hospitaliers de territoire : exercices 2014 à 2019**

Cour des Comptes

- 32 **Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre**

Cour des Comptes

- 33 **Les prescriptions hospitalières exécutées en ville**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 33 **Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes**

De Peretti C.

- 33 **Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017**

De Peretti C., Woimant F. et Schnitzler A.

- 34 **Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire**

Delatte M. et Ramassamy N.

- 34 **En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants**

Dixte C., Laffeter Q., Berger E., et al.

- 34 **Incorporating Quality In The Efficiency Assessment Of Hospitals Using A Generalized Directional Distance Function Approach**

Guccio C., Lisi D., Martorana M. F., et al.

- 35 **Panorama des ORU : activité des structures d'urgence 2018**

Maillard L. p.

- 35 **Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin : Rapport d'information du Sénat suite à celui de la Cour des comptes**

Milon A.

- 35 **Rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé**

Ministère chargé de la Santé

- 36 **Les parcours de soins pour prothèses de hanche et de genou : bibliographie thématique**

Safon M. O.

- 36 **Les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**

Safon M. O.

Inégalités de santé Health inequalities

- 36 **70 % des personnes pauvres en 2016 le restent l'année suivante, une persistance en hausse depuis 2008**

Albouy V. et Delmas F.

- 37 **An Introduction To The Economics Of Immigration In OECD Countries**

Anthony E., Rafot L., Rapoport H., et al.

- 37 **Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités**

Buresi G. et Cormuet F.

- 37 **Avis 135 : «Accès aux innovations thérapeutiques : Enjeux éthiques»**

Comité Consultatif National d'Éthique

- 37 **Soutenir, accompagner, protéger
12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise**
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale
- 37 **Socioeconomic Status And The Experience Of Pain: An Example From Knees**
Cutler D. M., Meara E. et Stewart S.
- 38 **Inégalités d'accès aux droits et discriminations : 2 tomes**
Défenseur des Droits
- 38 **Accès territorial aux soins : les inégalités ne sont pas définitives**
Fédération Nationale de la Mutualité Française
- 38 **Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?**
France Assos Santé
- 38 **La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus. Note d'étape**
France Stratégie
- 39 **Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche. Épisode 2 : on rentre dans le dur !**
Laforgerie F.
- 39 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2019**
Médecins du Monde
- 39 **Rapport sur la pauvreté en France**
Observatoire de la Pauvreté
- 39 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2020**
Secours Catholique

Médicaments Pharmaceuticals

- 40 **Les réformes récentes de la rémunération des pharmacies de ville**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 40 **Challenges In Access To Oncology Medicines. Policies And Practices Across The OECD And The EU**
Chapman S., Paris V. et Loperti R.

- 41 **La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer**
Cour des Comptes
- 41 **La lutte contre l'antibiorésistance dans la politique nationale de santé**
Cremieux A. C., Armand Lefevre, L., Jarlier V., et al.
- 41 **Review Of Economic Studies On The Opioid Crisis**
Maclean J. C., Mallatt J., Ruhm C. R., et al.

Méthodologie- Statistiques Methodology-Statistics

- 42 **Estimating Markov Transition Probabilities Between Health States Using U.S. Longitudinal Survey Data**
Jung J.

Politique publique Public Policy

- 43 **Improving Governance With Policy Evaluation: Lessons From Country Experiences**
OCDE

Politique de santé Health Policy

- 43 **Evaluation du 3ème Plan cancer (2014-2019). 2 tomes**
Bensadon A. C., Nuytten B., Ott M. O., et al.
- 43 **Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé**
Fleuret S.
- 44 **Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019. Rapport d'évaluation**
Grand A. et Joannette Y.
- 44 **Avis et rapport sur l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique**
Haut Conseil de la Santé Publique

- 44 **Les soins palliatifs en France et à l'étranger : bibliographie thématique**
Safon M. O. et Suhard V.

Politique sociale *Social Policy*

- 45 **L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2020**
Diallo C. T. et Leroux I.

Prévention *Prevention*

- 45 **System Governance Towards Improved Patient Safety**
Auraaen A., Saari, k. et Klasingai N.
- 45 **The Effects Of Incentivizing Early Prenatal Care On Infant Health**
Cygan-Rehm K. et Karbownik K.

Prévision-Evaluation *Prevision-Evaluation*

- 46 **The Science Of Evaluation : A Realist Manifesto**
Pawson R.
- 46 **Evaluation : A Systematic Approach**
Rossi P. H., Lipsey M. W. et Henry G. T.

Psychiatrie *Psychiatry*

- 46 **Atlas de la santé mentale en France**
Coldefy M. et Gandre C.
- 46 **Rules Vs. Discretion: Treatment Of Mental Illness In U.S. Adolescents**
Cuddy E. et Currie J.
- 47 **Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires**
Levesque P. et Roberge M. C.

- 47 **Happy Pills? Mental Health Effects Of The Dramatic Increase Of Antidepressant Use**
Masiero G., Mazzonna F. et Steinbach S.

- 47 **La prise en charge des psychothérapies dans les pays de l'OCDE**
Safon M. O. et Suhard V.

- 48 **Information sur les troubles psychiques sur le web : cartographie des acteurs**
Saget E. et Cana A.

- 48 **Socioeconomic Burden Of Mental Disorders In Spain 2006-2017**
Stoyanova A. et Pinilla Dominguez J.

Soins de santé primaires *Primary Healthcare*

- 48 **Pour une médecine sociale**
Menard D.
- 49 **International Comparison Of Specialist Care Organization: Innovations In Five Countries (England, Germany, Italy, Netherlands, United States). Italy: Multidisciplinary Networks In Tuscany**
Michel L. et Or Z.
- 49 **La médecine de précision ou la médecine personnalisée**
Safon M. O.

Systèmes de santé *Health systems*

- 49 **Assessing The Future Medical Cost Burden For The European Health Systems Under Alternative Exposure-To-Risks Scenarios**
Goryakin Y., Thiebaut S., Cortaredona S., et al.
- 50 **La couverture santé dans les pays de l'OCDE**
Paris V.

Travail et santé

Occupational Health

- 50 **If Sick-Leave Becomes More Costly, Will I Go Back To Work? Could It Be Too Soon?**
Marie O. et Vall Castello J.
- 50 **Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information »**
Ministère chargé de la Santé

Vieillesse

Aging

- 51 **Analyse de l'activité hospitalière 2018. Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 51 **ENC Ehpad 2018 : note de fin de campagne**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 52 **Aider un proche : une situation à risques**
Alberola E. et Muller J.
- 52 **The Economics Of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing Safety For The Long Haul**
Bienassis K. d., Llana-Nozal A. et Klazinga N.
- 52 **Long-Term Care Insurance : Information Frictions And Selection**
Boyer M., De Donder P., Fluet C., et al.
- 52 **Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) - Rapport final**
Bricard D., Or Z. et Penneau A.
- 53 **Démarche prospective de la CNSA. Chapitre 3. Quel financement pour les politiques d'autonomie ? Vers la cinquième branche de protection sociale**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 53 **Conseil d'Orientation des retraites : note d'étape pour le premier ministre**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 53 **Atlas de la fin de vie et des soins palliatifs en France**
Cousin F., Goncalves, T. et al.
- 53 **Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable**
Denormandie P. et Chevalier C.
- 54 **Health Of Elderly Parents, Their Children's Labor Supply, And The Role Of Migrant Care Workers**
Frimmel W., Halla M., Paetzold J., et al.
- 54 **Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)**
Miron De L'Espinay A. et Roy D.
- 54 **Santé des proches aidants et intervention en santé publique - analyse de la littérature internationale**
Observatoire de Santé Ile-de-France
- 55 **Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?**
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- 55 **Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?**
Or Z., Bricard D. et Penneau A.
- 55 **The Relationship Between Social Care Resources And Healthcare Utilisation By Older People In England: An Exploratory Investigation**
Pace M. L., Liu D., Goddard M., et al.
- 56 **L'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes : Éléments de comparaison internationale. Bibliographie thématique**
Safon M. O. et Suhard V.
- 56 **Promoting Aging In Place Through Flexible Care Options: Recent Developments From The Netherlands**
Tenand M., Hussem A. et Bakx P.

Assurance maladie

Health Insurance

► **Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels**

ADJERAD R. ET COURTEJOIE N.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1171).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1171.pdf>

En 2017, le reste à charge des dépenses de santé après assurance maladie obligatoire est inférieur à 240 euros par an pour la moitié des patients ayant consommé des soins remboursables. L'âge est le principal déterminant du reste à charge après assurance maladie obligatoire, qui atteint 1 000 euros annuels en moyenne chez les plus de 85 ans, soit presque trois fois plus que pour les 36-40 ans. Cependant, grâce à l'Assurance maladie, l'augmentation du reste à charge avec l'âge est plus modérée que celle des dépenses de santé : celles-ci sont cinq fois plus élevées pour les plus de 85 ans que pour les 36-40 ans. 1 % des personnes ayant consommé des soins remboursables ont un reste à charge supérieur à 3 700 euros, pour une moyenne de 5 400 euros, dont près de 3 000 euros de liberté tarifaire. Le millième supérieur des personnes exposées aux restes à charge les plus élevés, dépassant 7 600 euros, regroupe plusieurs profils de patients : patients occasionnels de soins de ville confrontés à de forts dépassements, malades ayant une consommation continue de soins en ville et à l'hôpital et personnes âgées en fin de vie.

► **Une assurance maladie à 100 % : faut-il vraiment se passer des complémentaires santé ?**

BEAUDET T.
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(65): 95-102.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3-page-95.htm>

L'organisation de la couverture santé en France résulte de l'histoire. L'assurance maladie obligatoire a été créée après les premières mutuelles et l'articulation entre ces deux composantes pour le remboursement des soins a sans cesse évolué. Cette articulation est régulièrement remise en débat. Face aux évolutions des besoins de santé et aux considérations budgétaires

pour l'État et pour les ménages, certaines voix s'élèvent pour prôner une extension de la couverture par la Sécurité sociale, avec des arguments d'efficacité et de simplification. Si ces arguments paraissent séduisants, cet article vise à les analyser sur le plan économique, mais aussi social, sociétal. Dans l'évaluation économique et financière, seront passés en revue l'évolution des coûts de gestion, les données réelles de composition et variation des dépenses de santé, ainsi que l'ensemble des conséquences sur le budget national. Pour la société, c'est d'abord la question de l'acceptabilité d'un scénario du « tout public » qui est posée à la fois pour les usagers et pour les acteurs de santé et, finalement, il faut s'interroger sur le moyen le plus sûr d'atteindre l'objectif poursuivi : un accès généralisé, équitable et durable à une santé de qualité. Dès lors, quelles conditions poser pour maintenir et développer la prévention ainsi qu'une offre de soins sur tout le territoire, à la fois innovante et maîtrisée ?

► **Les transformations de l'Assurance maladie**

BEC C., GOMBERT F., PARIS V., *et al.*
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(65): 27-102.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3.htm>

Un siècle d'épopée sociale ! Ce pourrait être le titre d'une histoire de l'Assurance maladie. Au cœur du pacte social, l'Assurance maladie est également le terrain de vives oppositions d'intérêts. Système social exceptionnel par la garantie qu'elle apporte d'une prise en charge des frais de santé, elle est également un système social paradoxal dès lors qu'en dépit de sa dénomination, elle n'est pas une assurance. Elle a vocation à protéger l'ensemble de la population de manière égalitaire, c'est-à-dire en fonction du seul état de santé de ses bénéficiaires et indépendamment de leur état de fortune. Malgré son histoire séculaire, l'Assurance maladie connaît en France de profondes transformations depuis un quart de siècle. D'importantes mutations sont également observées dans de nombreux systèmes étrangers de protection maladie. Ces réformes constituent le plus souvent des enjeux politiques et sociaux cruciaux. Le débat sur

l'Obamacare et le Trumpcare est évidemment emblématique des tensions exacerbées qu'elles peuvent provoquer. C'est à ces différentes problématiques que ce numéro des Tribunes de la santé est consacré. Avec l'ambition de mettre en lumière les inquiétudes et les espoirs que suscitent et nourrissent les projets visant à adapter les systèmes d'assurance maladie aux défis du XXI^e siècle. Nul doute que la pandémie de la Covid-19 donne aux questions ainsi abordées une résonance sans précédent (4^eme de couv.)

► **L'assurance maladie : une obligation bien tempérée**

BEC C. ET LOCHARD Y.

2020

Sève : Les Tribunes De La Santé(65): 27-38.

L'instauration d'une assurance maladie obligatoire (AMO) a constitué une question politique majeure, nourrie des controverses philosophico-politiques sur sa légitimité et des luttes pour la défense d'intérêts professionnels. C'est le parcours de ce principe d'obligation constitutif de nos démocraties sociales contemporaines et pilier d'une politique de protection que nous retraçons ici à partir de trois périodes et pour le seul régime général. La gestation de la première loi d'assurances sociales (1920-1930) donne à voir la contradiction fondatrice du système entre socialisation d'un risque reposant sur l'obligation d'affiliation des bénéficiaires d'une part et refus de l'obligation tarifaire par les médecins d'autre part. Posé avec force à la Libération, le principe d'une « vaste organisation nationale d'entraide obligatoire » sera toutefois entravé par une médecine libérale qui n'aura de cesse d'obtenir un desserrement de l'obligation. Enfin, à compter des années 1980, dans un contexte où le modèle néolibéral s'impose, le socle obligatoire solidaire s'érode au profit d'un acteur privé très éloigné de ces principes.

► **Cartographie des pathologies et dépenses**

CNAM

2020

Paris Cnam

www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php

Cette analyse médicalisée des patients et des dépenses permet notamment de répondre à des questions telles que : combien de personnes sont prises en charge pour

cancers, maladies cardiovasculaires graves, maladies neurodégénératives, etc., et quels sont les coûts correspondants ? Quels sont les problèmes de santé dont les enjeux sont les plus importants en termes de nombre de personnes concernées et de coût ? Combien de personnes ont recours au système de soins pour des épisodes ponctuels, des opérations de chirurgie, des soins ambulatoires courants ? Comment ces effectifs et dépenses évoluent-ils ? La cartographie des pathologies et des dépenses s'appuie sur les données issues du SNDS (système national des données de santé) ; elle concerne environ 58 millions de bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes) et plus de 142 milliards d'euros de dépenses remboursées par le régime général de l'Assurance Maladie (167 milliards d'euros par extrapolation pour l'ensemble des régimes). Les principaux résultats sont présentés tous les ans dans le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie. Un diaporama de synthèse est également disponible.

► **L'essentiel 2019 : santé et sécurité au travail**

CNAM

2020

Paris : Cnam

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/lessentiel-sante-securite-travail2019.pdf>

L'Assurance Maladie – Risques professionnels publie les chiffres 2019, ainsi que les faits marquants de l'activité de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au cours de cette année.

► **Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier**

COUR DES COMPTES

2020

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 107-136.

https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201007-Ralfss-2020-2-Depenses-assurance-maladie-2010-2019_0.pdf

Il est apparu à la Cour utile d'effectuer un bilan de la régulation des dépenses de santé par l'Ondam au cours de la dernière décennie. Ce faisant, la Cour n'entend pas revenir dans le détail sur les méthodologies de

construction et de pilotage de l'Ondam, analysées en 2018. Elle ne souhaite pas non plus porter une appréciation sur les politiques de santé, que l'Ondam ne fait qu'encadrer sur le plan financier, ni procéder à l'analyse détaillée des marges d'efficience que recèle le système de soins français, qu'elle documente par ailleurs dans ses divers rapports. S'agissant d'un bilan couvrant la période 2010-2019, l'actualité la plus récente, comme la crise sanitaire, ou les accords dits du « Ségur de la santé », n'est pas analysée en tant que telle. L'objectif est d'éclairer l'application de la régulation financière opérée par l'Ondam aux différents segments de l'offre de soins (ville, hôpital et clinique, établissements et services médico-sociaux) et son articulation avec les politiques de réforme du système de santé. Ce bilan souligne les acquis, à préserver, d'une régulation financière (I) dont il convient cependant de corriger les limites (II) et qu'il est nécessaire de mieux relier, dans un cadre pluriannuel, avec les différents leviers de transformation structurelle du système de santé (III)

► **Protection sociale complémentaire des agents publics. Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière**

CHAUMEL D., GRATIEUX L., LIDSKY V., *et al.*
2019

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article798>

Par lettre de mission du 21 décembre 2018, les ministres compétents ont demandé aux Inspections générales des affaires sociales (Igas), des finances (IGF) et de l'administration (Iga), un diagnostic et des recommandations sur la protection sociale complémentaire dans les trois fonctions publiques. Un premier rapport a été remis, traitant de la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale. Ce second rapport est centré sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière, qui présente plusieurs spécificités, dont la mission a analysé la portée et les évolutions possibles.

► **Fonds de la complémentaire santé solidaire. Rapport d'activité 2019**

FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
2020

Paris Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RA_2019_VF.pdf

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire assure une mission d'intérêt général : le financement des aides publiques à la couverture complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité et l'évaluation de ces aides. Il éclaire les pouvoirs publics en formulant des propositions d'amélioration des dispositifs dans le cadre de ses rapports annuels et des rapports d'évaluation de la loi CMU du 27 juillet 1999 qui lui sont confiés. Cette publication dresse un bilan des avancées dans le domaine de la couverture complémentaire pour l'année 2019.

► **Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise**

FOUQUET M.
2020

Etudes Et Résultats (Drees) (1166)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1166.pdf>

L'accord national interprofessionnel (Ani) de 2013, entré en application le 1^{er} janvier 2016, a généralisé la complémentaire santé d'entreprise et étendu le maintien de celle-ci pour les chômeurs. Entre 2014 et 2017, 5 % de personnes supplémentaires sont ainsi couvertes par un contrat d'entreprise en France métropolitaine. Pour la plupart, elles avaient déjà un contrat individuel, en général moins couvrant, et ne bénéficiaient pas de l'aide de l'entreprise. Au total, le taux de couverture global par une complémentaire santé est passé de 95 % à 96 % au cours de la même période. Parmi les salariés du secteur privé, les effets de l'Ani sur l'accès à une complémentaire santé d'entreprise se sont concentrés sur les catégories précaires : contrats à durée déterminée, apprentissage, intérim et jeunes de moins de 26 ans. Les inégalités de couverture se sont ainsi réduites pour les foyers modestes. Cependant, pour une partie des foyers les plus modestes, le coût financier demeure une barrière à l'accès à une couverture complémentaire santé, et ce malgré l'existence de dispositifs qui leur sont dédiés. L'amélioration du taux de couverture est la plus forte chez les personnes sans emploi, qui bénéficient de l'Ani du fait de la portabilité

ou en tant qu'ayants droit de personnes salariées du secteur privé. Par exemple, 3 % de chômeurs supplémentaires ont bénéficié d'une complémentaire en tant qu'ouvrants droit.

► **La place des partenaires sociaux dans l'assurance maladie**

GOMBERT F.
2020

Sève : Les Tribunes de la Santé(65) : 39-45

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3-page-39.htm>

La présence des partenaires sociaux au sein des organismes d'assurance maladie est liée à la construction d'inspiration bismarckienne de notre système. D'abord construite au sein de branches professionnelles, qui étaient les héritières des corporations, et des organismes de Sécurité sociale sur une base paritaire avec à parts égales des représentants des salariés et des employeurs, cette présence a évolué dans son rôle et son périmètre. Tout d'abord c'est la place du paritarisme dans la décision qui a été modifiée. Resté décideur (et responsable) dans plusieurs organismes, il a dû s'accommoder d'une place grandissante de l'État dans d'autres institutions telles que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). La réforme de 2004 a ainsi mis en place un paritarisme de négociation à la Cnam et a fait franchir une nouvelle étape à une mutation des équilibres en faisant une place aux représentants des patients et des organismes mutualistes au sein du conseil de la Cnam ainsi qu'en réunissant les trois principaux régimes de l'assurance santé de base sous la bannière de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. De nos jours les partenaires sociaux demeurent présents, et majoritaires, dans l'ensemble des conseils des organismes, que ce soit au niveau local (CPAM) ou national. Leur présence apporte à la direction un lieu de débats et de précieuses remontées d'informations. Au niveau national, les partenaires sociaux agissent pour assurer la qualité de services au bénéfice des assurés ainsi que la soutenabilité et l'accessibilité de notre système. Au niveau local, la diversité des profils des mandatés assure une mise en réseau efficace des compétences et des actions, notamment sociales, qui peuvent se faire au plus près des besoins des publics.

► **Who Benefits From Health Insurance? Uncovering Heterogeneous Policy Impacts Using Causal Machine Learning**

KREIF N., MIRELMAN A., MORENO-SERRA R., *et al.*
2020

CHE Research Paper Series ; 173. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP173_health_insurance_causal_machine_learning.pdf

To be able to target health policies more efficiently, policymakers require knowledge about which individuals benefit most from a particular programme. While traditional approaches for subgroup analyses are constrained only to consider a small number of arbitrarily set, pre-defined subgroups, recently proposed causal machine learning (CML) approaches help explore treatment-effect heterogeneity in a more flexible yet principled way. This paper illustrates one such approach – 'causal forests' – in evaluating the effect of mothers' health insurance enrolment in Indonesia. Contrasting two health insurance schemes (subsidised and contributory) to no insurance, we find beneficial average impacts of enrolment in contributory health insurance on maternal health care utilisation and infant mortality. For subsidised health insurance, however, both effects were smaller and not statistically significant. The causal forest algorithm identified significant heterogeneity in the impacts of the contributory insurance scheme: disadvantaged mothers (i.e. with lower wealth quintiles, lower educated, or in rural areas) benefit the most in terms of increased health care utilisation. No significant heterogeneity was found for the subsidised scheme, even though this programme targeted vulnerable populations. Our study demonstrates the power of CML approaches to uncover the heterogeneity in programme impacts, hence providing policymakers with valuable information for programme design.

► **Protection universelle maladie : bilan d'étape de la réforme de 2016**

LE BAYON D. ET POUGHEON J.
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(65): 69-77.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3-page-69.htm>

La réforme de la protection universelle maladie portée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, l'une des réformes majeures de notre protection

sociale depuis la loi CMU de 1999, a permis de réaffirmer l'universalité des droits à la protection maladie, de confirmer l'uniformité de ces droits et d'avancer sur le chemin de leur unité de gestion. Ce faisant, et même si elle est passée relativement inaperçue de nos concitoyens, elle a conduit à limiter drastiquement les risques de ruptures de droit en réduisant le champ des mutations des assurés d'un régime à un autre et à moderniser la conception d'origine de notre système de protection sociale en autonomisant les ayants droit majeurs qui sont désormais assurés en propre indépendamment du « travailleur » qui jusque-là était encore l'ouvrant droit pour lui-même et ses proches selon une conception datée du chef de famille, conception qui ne tenait notamment pas compte dans la lettre du code de la Sécurité sociale de la très large émancipation économique de la femme. Au-delà de ces avancées, cette réforme porte en elle et irrigue d'autres réformes intervenues depuis sur le champ de l'assurance maladie notamment en matière de simplifications institutionnelles (suppression de la délégation de gestion aux mutuelles étudiantes, transfert de l'activité des mutuelles de fonctionnaires vers le régime général, suppression du régime social des indépendants [RSI] et intégration des travailleurs indépendants au régime général) et apparaît ainsi comme une réforme aux fruits encore pour partie en devenir.

► L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017

PERRONNIN M.
2019

Les rapports de l'Irdes ; 572 Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.pdf>

Cette nouvelle édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée en 2017, s'inscrit dans le contexte de la généralisation de la couverture santé d'entreprise suite à l'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013, auquel les établissements du secteur privé devaient se conformer avant le 1^{er} janvier 2016. Les données de l'enquête PSCE 2017, recueillies auprès des établissements et de leurs salariés, permettent ainsi de dresser un panorama de la complémentaire santé d'entreprise, d'évaluer l'effet de l'Ani sur l'offre de couverture santé et de décrire l'offre de garanties de prévoyance. En plus des informations collectées dans les éditions précédentes, PSCE 2017 renseigne sur le coût des contrats de complémentaire santé et sur la nature des changements

liés à l'Ani. Les individus ayant connu une période de chômage sont en outre interrogés sur le maintien du contrat de leur ancienne entreprise.

► La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017

PERRONNIN M. ET RAYNAUD D.
2020

Questions D'économie de La Santé (Irdes) (251).

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/251-la-couverture-complementaire-collective-des-modalites-de-mise-en-oeuvre-variables-selon-les-entreprises.pdf>

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs de droit privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés. Selon les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, désormais, la quasi-totalité des salariés travaillent dans une entreprise offrant une complémentaire santé. Les modalités de cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont strictement encadrées par la loi. Les employeurs doivent financer au moins la moitié de la prime et offrir des garanties supérieures ou égales à un contrat « socle », tout en respectant les contraintes des contrats « responsables » imposant aussi certains plafonds de garanties. Cette étude montre que les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, dans le respect de l'encadrement prévu par la loi, sont néanmoins assez variables. Les niveaux de garanties et la participation de l'employeur dépendent notamment du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa structure de qualification. Plus le salaire moyen est élevé et la part des salariés de statut cadre dans l'entreprise est importante, plus les garanties offertes sont généreuses et la participation de l'employeur élevée. Les grandes entreprises offrent généralement les conditions les plus avantageuses, mais aussi des possibilités plus fréquentes de compléter le contrat de base par la souscription d'options ou de surcomplémentaires. Enfin, les entreprises qui offraient déjà une couverture complémentaire avant que cela ne devienne obligatoire offrent de meilleures garanties et participent plus au paiement de la prime que les entreprises qui ont été contraintes par la loi d'en offrir une. Généralement, ces dernières limitent leur participation financière au minimum prévu par la loi.

► **Protection sociale complémentaire des agents publics**

SHAPIRA I., DESFORGES C., GRATIEUX L., *et al.*
2019

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article797>

Par lettre de mission du 21 décembre 2018, les ministres compétents ont demandé aux inspections générales des affaires sociales (Igas), des finances (IGF) et de l'administration (Iga), un diagnostic et des recommandations sur la protection sociale complémentaire dans les trois fonctions publiques. Ce premier rapport porte sur la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale; il examine notamment le dispositif de référencement des organismes complémentaires propre à la fonction publique d'Etat, modifié en 2017-2018.

► **Private Health Insurance : History, Politics And Performance 2020**

THOMSON S., SAGAN A. ET MOSSIALOS E.
2020

Bruxelles : Observatoire Européen sur les Systèmes et les Politiques de Santé ; Cambridge : Cambridge University Press

<https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/private-health-insurance-history,-politics-and-performance-2020>

Can private health insurance fill gaps in publicly financed coverage? Does it enhance access to health care or improve efficiency in health service delivery? Will it provide fiscal relief for governments struggling to raise public revenue for health? This book examines the successes, failures and challenges of private health insurance globally through country case studies written by leading national experts. Each case study considers the role of history and politics in shaping private health insurance and determining its impact on health system performance. Despite great diversity in the size and functioning of markets for private health insurance, the book identifies clear patterns across countries, drawing out valuable lessons for policymakers while showing how history and politics have proved a persistent barrier to effective public policy.

► **Le reste à charge zéro, fin d'un cycle ou nouvelle perspective ?**

WANECK T.
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(65): 79-94.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3-page-79.htm>

Cet article présente la genèse et les enjeux du « 100 % santé » dont le principe est de proposer une offre de qualité sans reste à charge en optique, prothèses dentaires et audioprothèses. Issue d'une réflexion initiée dans les années 2000 sur le renoncement aux soins pour raisons financières, la réforme trouve son origine dans une première initiative pour plafonner le prix des prothèses dentaires à la fin du quinquennat précédent. En dépit d'une mise en œuvre contestée par les dentistes, cette tentative inspirera le principe du « zéro reste à charge » qui cristallisera un large consensus politique lors de la campagne présidentielle. Après l'élection, des choix de politiques publiques tranchés et une forte mobilisation de l'administration permettront à la négociation d'aboutir dans des délais resserrés. Toujours en cours de déploiement, la réforme, qui a tenté de conjuguer ambition et pragmatisme, apparaît tout autant comme l'aboutissement d'un cycle initié par la création de la couverture maladie universelle que comme un modèle possible d'évolution du rôle des complémentaires santé.

Démographie

Demography

► **La mortalité stagne à l'âge adulte pour les générations nées entre 1941 et 1955**

BLANPAIN N.

2020

Insee Première. (1824).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4961641>

Depuis la fin du XIX^e siècle, la mortalité a tendance à baisser de génération en génération, mais pour celles nées entre 1941 et 1955, elle stagne à l'âge adulte. Au début de leur vie adulte, cela s'explique principalement par une augmentation des accidents de la route, des suicides et, pour les personnes nées vers 1955, par l'apparition du sida. Tout au long de leur vie adulte, l'évolution de la mortalité est moins favorable que pour les générations précédentes ou suivantes, et ce, pour quasiment toutes les causes de décès. Selon les causes, la mortalité baisse moins pour les générations nées entre 1941 et 1955 que pour les générations précédentes et suivantes, ou bien elle augmente alors qu'elle diminue pour les autres générations. C'est le cas notamment pour les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les décès fortement liés à la consommation d'alcool ou de tabac. Les femmes de ces générations se sont mises massivement à fumer dans leur

jeunesse, tandis que les hommes sont ceux qui ont le plus fumé au cours de leur vie. Ces générations pourraient aussi présenter une fragilité physique ou mentale plus importante. En mars et avril 2020, elles ont connu un excès de décès important, lié principalement à l'épidémie de Covid-19.

► **En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes**

DEROYON T.

2020

Etudes Et Résultats (Drees)(1173)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1173.pdf>

En 2019, une femme de 65 ans peut espérer vivre 11,5 ans sans incapacité et 18,5 ans sans incapacité sévère; un homme, 10,4 ans sans incapacité et 15,7 ans sans incapacité sévère. Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté de 1 an et 6 mois pour les femmes et de 1 an et 8 mois pour les hommes. En France, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est supérieure de 5 mois à la moyenne européenne.

Économie de la santé

Health Economics

► **Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2020

Paris CCSS

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME2.pdf>

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale s'inscrivent cette année dans le contexte exceptionnel d'une crise sanitaire majeure aux conséquences économiques et sociales sans précédent. En l'absence de loi de financement rectificative en cours d'année, le rapport du 16 juin dernier présentait une première estimation pour la seule année 2020 des recettes et des dépenses du régime général et du FSV. Le présent rapport actualise pour 2020 ces projections tendanciennes dans le périmètre plus large des régimes obligatoires de base et présente un compte pour 2021, avant mesures nouvelles, sur la base des hypothèses économiques associées aux projets de

lois financières pour 2021. Les marges d'incertitude restent particulièrement élevées, au premier rang desquelles figure l'évolution de l'épidémie de Covid-19, et certaines hypothèses de calcul restent conventionnelles en l'absence de référence possible à des situations comparables.

► **Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021**

HAUT CONSEIL DES FINANCES PUBLIQUES
2020

Paris HCFP

<https://www.hcfp.fr/liste-avis/avis-ndeg2020-5-loi-de-finances-2021>

Le Haut Conseil des finances publiques a été saisi par le Gouvernement le 17 septembre 2020, en application de l'article 14 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, des prévisions macroéconomiques et d'éléments d'information relatifs aux finances publiques sur lesquels reposent les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le Haut Conseil a adopté, après en avoir délibéré lors de sa séance du 21 septembre 2020, le présent avis. En raison de la crise sanitaire entraînée par l'épidémie de Covid-19, les incertitudes demeurent exceptionnellement élevées. Elles fragilisent les exercices de prévisions macroéconomiques et de finances publiques et rendent délicate l'appréciation par le Haut Conseil des finances publiques du scénario du projet de loi de finances pour 2021.

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

COUR DES COMPTES
2020

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securete-sociale-2020>

La crise sanitaire a entraîné un creusement inédit du déficit de la sécurité sociale, résultant d'une chute des recettes et d'une augmentation des dépenses engagées pour répondre à l'urgence. Il en résulte un accroissement considérable de la dette sociale. Afin de sauvegarder dans la durée le système de sécurité sociale et d'éviter une nouvelle aggravation de son endettement, la Cour recommande d'agir sur les res-

sorts structurels de la dépense d'assurance maladie sans pour autant réduire la qualité de prise en charge des patients, de mieux cibler certaines prestations de solidarité pour mieux protéger les plus défavorisés et de poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion des organismes de sécurité sociale.

► **Health Economics And Policy. Selected Writings By Victor Fuchs**

FUCHS V. R.

2018

New Jersey : World Scientific Publishing

Victor Fuchs offers a selection of his public lectures, articles, papers, and op-eds during the past 50 years. Also included are forewords by Sir Angus Deaton, Nobel Prize Laureate in Economics, and Victor Dzau, MD, president of the National Academy of Medicine. Organized in eight parts, it begins with an introduction to the field of health economics and ends with tributes to the founders and leaders of the field. In between, Fuchs discusses the determinants of health, the cost of medical care, international comparisons, health insurance, demography and aging, and health policy and health care reform. A special introduction precedes each Part. This book represents what Fuchs calls the economic perspective applied to health and medical care, a perspective of which Angus Deaton says, «Fuchs has long been the master» (résumé de l'éditeur).

► **Building An Epidemiology Of Happiness**

HELLIWELL J. F., GYARMATI D., JOYCE C. M., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ;28095. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28095>

Starting from the assumption that improving well-being is the central consideration for public policies, we show how subjective well-being research can help, and already is helping, to choose public policies based on their consequences for all aspects of life. The core of the paper lies in examples where the methods we propose, often in systematic experimental contexts, have already been used to guide the evaluation and ranking of alternative policy options in public health, education, workplace training, and social welfare. The arrival of COVID-19 has increased the urgency for a well-being focus, since the policy decisions being faced by governments dealing with the pandemic require

an approach much broader than provided by more typical policy evaluations in all disciplines, including especially the social context and the distribution of costs and consequences. A broader approach to policy design and choice is fully consistent with the underlying aims of epidemiology, with similar gains likely in other policy disciplines. A focus on subjective well-being as an umbrella measure of welfare might help to restore to economics the breadth of purpose and methods it had two centuries ago, when happiness was considered the appropriate goal for private actions and public policies.

► **Asymmetric Demand Response When Prices Increase And Decrease: The Case Of Child Healthcare**

IIZUKA T. ET SHIGEOKA H.

2020

NBER Working Paper Series ;28057. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28057>

This study tests whether demand responds symmetrically to price increases and decreases—a seemingly obvious proposition under conventional demand theory that has not been rigorously tested. Exploiting rapid expansion in municipal subsidies for child healthcare in a difference-in-differences framework, we find evidence against it: when coinsurance, our price measure, increases from 0% to 30%, the demand response is more than twice that to a price decrease from 30% to 0%, a result consistent with loss aversion. This result indicates that, while economists and policymakers pay little attention, the price change direction matters, and that welfare analysis should incorporate this direction.

► **Tableaux de l'économie française - Edition 2020**

INSEE

2020

Paris Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4318291>

Ce document propose un aperçu rapide et actuel sur la situation économique, démographique et sociale de la France. L'édition 2019 se compose de 88 fiches organisées autour de cinq grands thèmes : territoire- population, emploi- revenus, conditions de vie- société, économie- finances et système productif. Chacune de ces fiches propose au lecteur des commentaires,

des tableaux et des graphiques, des définitions et une liste de publications de référence sur le sujet développé. Elles fournissent des informations récentes sur la France et des données permettant de la situer par rapport à d'autres pays de l'Union européenne ou du monde.

► **Top-Up Design And Health Care Expenditure: Evidence From Cardiac Stents**

JIN. G., LIEN H. ET TAO X.

2020

NBER Working Paper Series ;28107. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28107>

Since 2006, Taiwan's National Health Insurance (NHI) covers the full cost of baseline treatment in cardiac stents (bare-metal stents, BMS), but requires patients to pay the incremental cost of more expensive treatments (drug-eluting stents, DES). Within this «top-up» design, we study how hospitals respond to a 26% cut of the NHI reimbursement rate in 2009. We find hospitals do not raise the DES prices from patients, but increase BMS usage per admission by 18%, recouping up to 30% of the revenue loss in 2009-2010. Overall, the rate cut is effective in reducing NHI expenditure despite hospitals' moral hazard adjustment.

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

LUCARELLI C., FREAN M. ET GORDON A. S.

2020

NBER Working Paper Series ;28155. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28155>

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.

► **Impact Of Consequence Information On Insurance Choice**

SAMEK A. ET SYDNOR J. R.

2020

NBER Working Paper Series ; 28003. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28003>

Insurance choices are often hard to rationalize by standard theory and frequently appear sub-optimal. A key reason may be that people are unable to map the cost-sharing features of plans to their distribution of financial consequences. We develop and experimentally test a decision aid that provides this mapping to simplify comparisons of plan options. In two experiments mirroring typical health insurance decisions, we find that when people choose plans using standard feature-based information, they violate dominance at high rates. Our distribution-based decision aid substantially reduces dominance violations, and also changes choice patterns in situations where there is no dominant option. Choice patterns under feature-based menus can be most easily rationalized by models of heuristic choices, such as minimizing premium or deductible. With the decision aid, though, significantly more people have choice patterns that are better explained by expected utility theory. We compare our distribution-based approach to an alternative of providing estimates of the expected value of costs, which is the most common decision-support available in most insurance markets. Providing expected values affects choices in a similar direction as our consequence-based approach, but in a more muted fashion, and is only about half as effective at reducing dominance violations.

► **Anticipation Of Deteriorating Health And Information Avoidance**

SCHUNEMANN J., STRULIK H. ET TRIMBORN T.

2020

Economics working Paper 2020-14. Aarhus Aarhus University.

We integrate anticipatory utility and endogenous beliefs about future negative health shocks into a life-cycle model of physiological aging. Individuals care about their future utility derived from their health status and form endogenous beliefs about the probability of a negative health shock. We calibrate the model with data from gerontology and use the model to predict medical testing decisions of individuals. We find that anticipation in combination with endogenous beliefs provides a quantitatively strong motive to avoid medical testing for Huntington's disease which explains the low testing rates found empirically. We also study the case of breast and ovarian cancer and provide an explanation for why testing rates depend on the individual's income when treatment is available.

► **Rapports HCFiPS sur la protection sociale des travailleurs indépendants**

VANLERENBERGHE J. M.

2020

Paris Sénat

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-hcfips-sur-la-protectio.html>

Par lettre du 16 septembre 2019, le Premier Ministre saisissait le Haut Conseil du financement de la protection sociale du sujet de la protection sociale des non-salariés et de son financement. Ce faisant, il demandait au HCFiPS de prolonger une réflexion qui avait donné lieu à un premier rapport en 2016. Le nouvel éclairage, conformément à la demande du Premier Ministre, porte principalement sur quatre points développés successivement : l'équité du prélèvement entre salariés et non-salariés; le cadre juridique de l'exercice du travail indépendant; la qualité du service post RSI et la lutte contre la fraude en matière de travail non salarié qui pose des questions de priorisation, de coopération et d'actualisation des méthodes au regard des nouveaux risques liés aux nouvelles formes d'emploi.

E-santé – Technologies médicales

E-health-Medical Technologies

► **Les métiers de la data : zoom sur sept métiers qui placent les données au cœur de leur activité**

APEC
2020

Paris Apec.

<https://corporate.apec.fr/files/live/sites/corporate/files/Nos%20%c3%a9tudes/pdf/Les-metiers-de-la-data.pdf>

Cette étude présente sept métiers qui placent les données au cœur de leur activité

► **Faire du numérique un accélérateur de diversité**

BAKKINE A. ET TOKO S.
2020

Paris Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance

<https://www.economie.gouv.fr/remise-rapport-numerique-accelereur-diversite>

Anthony Babkine et Salwa Toko, présidente du conseil national du numérique, ont remis leur rapport sur le numérique à la suite d'une saisine de la ministre du Travail, de la ministre déléguée chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances, de la ministre déléguée chargée de la Ville, et du secrétaire d'État chargé de la Transition numérique et des Communications électroniques. La rédaction du rapport prend appui sur un travail de terrain. 120 acteurs, de différents horizons, ont été consultés. Les recommandations du rapport ont été menées en suivant une conviction forte. Ils entendent renforcer l'insertion professionnelle des citoyens des territoires ruraux et des quartiers prioritaires de la ville dans les métiers du numérique. Celle-ci est nécessaire pour des raisons économiques, mais surtout pour des raisons d'égalité, d'éthique et de droits fondamentaux.

► **La conduite des grands projets numériques de l'État**

COUR DES COMPTES
2020

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-conduite-des-grands-projets-numeriques-de-letat>

À la demande de la commission des finances du Sénat, la Cour des comptes a enquêté sur la conduite des grands projets numériques de l'État. Celle-ci a connu ces dernières années des réussites notables, comme le prélèvement à la source, mais aussi des échecs retentissants, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Une cinquantaine de grands projets numériques sont actuellement suivis par la direction interministérielle du numérique Dinum, chacun pour un coût supérieur à 9 M€. Les bonnes pratiques en matière de conduite de projets restent trop souvent méconnues, alors que l'inadaptation des trajectoires des projets et de leur gouvernance, l'insuffisance du financement et des moyens humains ou encore la nécessité d'une responsabilité unique en gestion de projet sont régulièrement relevées. Les réorganisations en cours au sein des ministères doivent permettre de mieux maîtriser les enjeux techniques et de veiller à la satisfaction des besoins des usagers et des agents. Les mutualisations entre ministères doivent être encouragées. Des mesures sont également indispensables côté RH pour se doter des profils nécessaires et mieux former les cadres dirigeants. La Cour formule au total 11 recommandations pour la réussite de la transformation numérique du service public.

► **Protection des données de santé : enjeux et bonnes pratiques : livre blanc**

DOSHAS CONSULTING
2020

Paris Doshas Consulting

<https://doshas-consulting.com/?dlp=5fbbb91a54301>

Si l'augmentation des cyberattaques n'épargne aucun secteur d'activité, le domaine de la Santé enregistre des risques plus élevés et des conséquences qui peuvent s'avérer graves sur la prise en charge des patients, comme le montrent les chiffres publiés par

l'agence du numérique en santé (ANS), en juillet 2020. S'il est clair que la protection des données est un réel enjeu pour tous les acteurs du secteur de la Santé, la foisonnante et complexe réglementation, cependant indispensable, peut facilement conduire à mettre plusieurs organisations en situation de non-conformité réglementaire; et en risques de manière opérationnelle. Ce livre blanc propose d'appréhender l'environnement réglementaire avec une vision pratique à travers les trois parties suivantes : 1. Le cadre juridique concernant les données de santé; 2. Les impacts sur les organisations qui manipulent des données sensibles; 3. Les perspectives et enjeux à venir.

► **Livre blanc de l'e-santé en HAD : enjeux, usages et solutions**

FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HAD

2020

Paris Fnehad

Le développement de l'e-santé est devenu une priorité pour les établissements d'hospitalisation à domicile. Leur besoin d'assurer une coopération étroite avec tous les acteurs de santé et du médico-social a prouvé l'intérêt pour l'HAD d'initier de nouvelles pratiques intégrant la télémédecine. Après un premier livre blanc sur les systèmes d'information en HAD publié en 2009, la Fédération nationale des établissements d'HAD (Fnehad) en publie un nouveau sur les divers volets de l'e-santé. Les retours d'expérience et les contenus dans ce guide ont vocation à amplifier ce mouvement d'appropriation de l'e-santé et d'adhésion à son usage.

► **Does Health Technology Assessment Guidance Give Adequate Consideration To Decisions About Less Costly And Less Effective Alternatives?**

GRIFFIN S., FUSCO F., NAIDOO B., *et al.*

2020

CHE Research Paper Series ; 175. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP175_HTA_guidance_NICE.pdf

Cost-effectiveness analysis (CEA) plays a key role informing decision-making in healthcare and, consequently, the interpretation of its results is discussed in formal guidance from health technology assessment (HTA) organisations. A body of research indicates dif-

ferent willingness to pay for more effective interventions than willingness to accept less effective interventions, which some suggest supports application of different cost-effectiveness thresholds depending on whether an intervention is considered more or less effective than the comparator. We review the theoretical basis for the use of differential thresholds within HTA organisations, and question whether they are compatible with coherent decisions and social values. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) is one such organisation, providing recommendations on which healthcare interventions to adopt in the United Kingdom. NICE guidance describes the decision rules it employs, including comparing CEA results to a cost-effectiveness threshold that defines the boundaries beyond which an intervention is no longer considered to provide value for money. Our review of NICE guidance finds that it describes a common threshold range for all alternatives, in line with the theoretical basis for a supply-side threshold. However, we also find that the guidance focuses on the application of the threshold as a decision rule for more effective and more expensive treatments, with less guidance provided on less effective and less expensive treatments. We make suggestions for how HTA organisations can better support application of decision rules to interventions that are less effective and less expensive.

► **Rapport d'information sur le dossier médical partagé et les données de santé**

ISAAC-SIBILLE C.

2020

Paris Assemblée nationale

<https://www.vie-publique.fr/rapport/275971-rapport-sur-le-dossier-medical-partage-et-les-donnees-de-sante>

Le dossier médical informatisé, désigné par la loi comme « personnel » de 2004 à 2016, puis « partagé » (DMP) depuis lors, est une brique essentielle pour que le système de santé français cesse d'être centré sur l'acte de soin pour être concentré sur le parcours de soins du patient. Le DMP doit servir d'aiguillon à une mise en cohérence des données de santé, autour de quatre objectifs clairs : donner au patient la connaissance et le contrôle sur ses données de santé; se faire accepter comme un outil utile à la pratique médicale, comme le fut le carnet de santé cartonné pour plusieurs générations; partager les documents de santé nécessaires au parcours de soins; donner aux professionnels et établissements de santé l'information

médicale nécessaire au traitement du patient dans une logique de parcours de soins coordonnée. En devenant nécessaire à tous les patients et à tous les acteurs du parcours de soins, le DMP peut être au centre du virage numérique de notre système de santé. Par ailleurs les données de santé structurées contenues dans les DMP, peuvent, au-delà de leur usage individuel pour une meilleure coordination des soins, avoir un intérêt collectif pour l'épidémiologie, la prévention et la recherche, en permettant de mieux connaître l'état de santé de la population d'un territoire.

► **Numérique en Santé : trois exemples pour nourrir la réflexion en France - Etude du think tank Numérique DM et santé**

THINK TANK NUMÉRIQUE DM ET SANTÉ
2020

Paris Think tank Numérique DM et Santé

<https://www.snitem.fr/le-snitem-en-action/les-publications/la-synthese-des-travaux-du-think-tank-numerique-dm-sante>

Cette synthèse a été réalisée par le think tank « Numérique, DMP et santé » créé par le Snitem. Elle aborde trois thématiques clés : Transformation du parcours patient : accès, organisation et suivi augmentés par le numérique; L'évaluation des soins par les patients : utiliser les DM connectés pour lancer l'expérimentation; Efficience du système de santé : le numérique comme outil de supervision et de pilotage. Sur ces trois thèmes, les membres du think tank ont identifié et observé des solutions numériques mises en place dans d'autres pays et pouvant servir d'inspiration pour accélérer l'utilisation du numérique dans le système de santé français.

État de santé

Health Status

► **Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents**

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL

2020

Paris : Anses

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-a.pdf>

L'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) s'est autosaisie le 29 mars 2017 afin d'évaluer les risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et adolescents, à partir des données de l'étude individuelle et nationale sur les consommations alimentaires Inca3. A cette fin, les individus ont été répartis en catégories délimitées notamment par des seuils correspondant aux repères retenus dans le rapport Anses (2016). Les risques sanitaires, principalement les risques de surpoids et d'obésité et leurs risques associés, liés à des niveaux de sédentarité et

d'inactivité physique élevés ont été identifiés dans la littérature. La présente expertise concerne les enfants âgés de 3 à 10 ans et les adolescents âgés de 11 à 17 ans.

► **ESPAD Report 2019. Results From The European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs**

EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS

2020

Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne

www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf

This report presents the results from the seventh wave of data collection, conducted in 35 countries during the spring and autumn of 2019. It gives a comprehensive picture of the present situation among European young people as regards the use of cigarettes, alcohol,

illicit drugs, inhalants, new psychoactive substances and pharmaceuticals, but also insights into gambling, social media use and gaming. The report also presents an overview of trends over the time period 1995-2019.

► **Les effets de l'utilisation des écrans sur la santé des enfants : synthèse**

TISSERON S.
2020

Arcueil : John Libbey Eurotext

https://www.yearbook-ers.jle.com/e-docs/synthese_les_effets_de_l_utilisation_des_ecrianssur_la_sante_des_enfants_317159/yb_synthese.phtml

L'année 2019 a été marquée par quatre événements importants pour la compréhension de la relation des enfants aux écrans. Les corrélations entre le temps passé devant les écrans par les jeunes enfants et les troubles du développement psychoaffectif ont été confirmés en France par l'étude Elfe, ainsi que l'importance des disparités sociales dans les usages problématiques des écrans, aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Le danger de la lumière bleue des LED sur le sommeil à tout âge a été confirmé par un rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a confirmé l'existence d'un « gaming disorder », traduit par « trouble du jeu vidéo » : elle a ainsi mis en garde contre le développement d'un nouveau type de jeux particulièrement addictifs, le « free to play », et écarté l'idée d'une « addiction aux écrans » de façon générale. Enfin, des études nord-américaines ont attiré l'attention sur les conséquences problématiques, pour les jeunes enfants, d'être entourés d'adultes utilisant leur téléphone mobile en cours d'interaction avec eux : ce nouveau phénomène sociétal a reçu un nom, la « technoférence ».

► **Types de tabac fumés, évolutions et facteurs associés : résultats des Baromètre de Santé publique France 2017 et 2018**

ANDLER R., GUIGNARD R., RICHARD J. B., *et al.*
2020

Saint-Maurice Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/types-de-tabac-fumes-evolutions-et-facteurs-associes-resultats-des-barometre-de-sante-publique-france-2017-et-2018>

En 2018, les trois quarts des fumeurs de 18-75 ans consommaient des cigarettes manufacturées (74,0 %), plus d'un tiers fumaient du tabac à rouler (35,7 %) et un fumeur sur dix déclarait fumer la chicha (9,4 %). La part des fumeurs de cigarettes ne consommant que du tabac à rouler a plus que doublé au cours des dernières années (8,1 % en 2010, 15,2 % en 2014, 20,5 % en 2018). Depuis 2010, le tabac à rouler prend une place de plus en plus grande dans la consommation des fumeurs au détriment des cigarettes manufacturées, et particulièrement parmi les fumeurs les moins aisés. Les fumeurs de tabac à rouler sont le plus souvent des hommes, des personnes jeunes (18-34 ans) ou des fumeurs moins favorisés (faible niveau de diplôme et de revenus, chômage).

► **Connaissance de l'accident vasculaire cérébral et de ses symptômes en France en 2019**

GABET A., HOUOT M., MAS J. L., *et al.*
2020

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(28): 554-561.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-27-octobre-2020-n-28>

Introduction – L'objectif était d'étudier la connaissance de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de ses symptômes au sein d'un échantillon de la population française. Méthode – Nous avons utilisé les données du Baromètre de Santé publique France 2019 où 5 074 personnes, âgées de 18 à 85 ans et résidant en France métropolitaine ont été interrogées sur l'AVC. La méthode d'enquête reposait sur une génération aléatoire de numéros de téléphones fixes et mobiles. Les analyses ont été pondérées puis redressées sur les caractéristiques de la population générale française d'après l'Enquête emploi 2018 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Résultats – En 2019, plus de 40 % des personnes pensaient que l'AVC affectait uniquement le cœur, ou à la fois le cœur et le cerveau, une sur cinq ne savait pas que l'AVC pouvait survenir à tout âge, et une personne sur deux ignorait qu'il existait des traitements efficaces. Par ailleurs, 53 % des personnes ont déclaré craindre l'AVC, en particulier les femmes (58 %). Concernant la connaissance des symptômes d'AVC, « des difficultés à parler » était le symptôme le mieux connu, identifié par 94 % des participants. « La paralysie d'un bras ou d'une jambe » et « une déformation de la bouche » étaient respectivement reconnus par plus de 90 % des

personnes interrogées. Enfin, 83 % de la population donnait ces trois symptômes simultanément, montrant une bonne connaissance des symptômes de l'AVC. La méconnaissance des symptômes était, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée chez les hommes, les moins de 45 ans et les plus de 65 ans, les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur au Bac, celles n'ayant pas eu d'antécédent d'AVC ainsi que les fumeurs. Conclusion – La connaissance des symptômes de l'AVC était élevée et s'est améliorée par rapport à des études antérieures datant de 2013. Cela souligne l'importance des campagnes d'information.

► **When Externalities Collide: Influenza And Pollution**

GRAFF J. S., NEIDELL M. J. ET SANDERS N. J.

2020

NBER Working Paper Series ; 27982. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27982>

Influenza and air pollution are significant public health risks with large economic consequences shared across the globe. The common etiological pathways through which they harm health present an interesting case of compounding risk via interacting externalities. Using regional and temporal variation in pollution and disease transmission, we find exposure to more air pollution significantly increases influenza hospitalizations. By exploiting the random deviations in influenza vaccine effectiveness over time, we show high influenza vaccine effectiveness neutralizes this relationship. This suggests seemingly disparate policy actions of pollution control and expanded vaccination provide greater returns than found when studied in isolation.

► **La santé des gens du voyage**

GUILLON M., LE RETIF S. ET YON A.

2020

Hérouville-Saint-Clair : ORS-CREAI

http://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2020/09/NoteRessources_Gensduvoyage.pdf

Les gens du voyage constituent une population très diversifiée, peu connue, et qui présente à certains égards une situation de fragilité vis-à-vis des questions de santé. D'après la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), le terme « Gens du voyage » désigne des personnes pour la grande majorité de nationalité française et avec un

mode vie traditionnel fondé à l'origine sur la mobilité et le voyage. Au sein de ce groupe, plusieurs distinctions s'imposent, comme les personnes d'origine rom (ex : Manouches, Gitans, Tsiganes ou Roms d'Europe de l'Est) ou non rom (ex : Yenniches). Loin d'être homogène, le groupe des « Gens du voyage » revêt des réalités sociales et économiques très diverses. Afin de mieux connaître ce public et d'étayer des réflexions quant à l'amélioration de son état de santé, il est apparu nécessaire d'identifier dans un premier temps les textes fondateurs quant à la situation des gens du voyage, de recenser les ressources mobilisables sur le territoire (acteurs, dispositifs, compétences...), puis de rassembler les ressources disponibles sur les thématiques de santé.

► **État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu**

HOURDEL A., REINIER M., VAN DES STEEG F., *et al.*

2020

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(27): 531-537.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html

Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a augmenté de façon exponentielle ces dernières années. Après une première évaluation de la minorité au sein du Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers (Demie), on estime à 57 % le nombre de jeunes non reconnus mineurs. Le cadre juridictionnel autour de ce statut reste flou et l'accès aux soins est entravé. Une étude rétrospective a été menée afin d'évaluer l'état de santé de cette population. Le recueil a été effectué de manière rétrospective à partir du dossier médical Orbis®. Les patients inclus étaient ceux se déclarant MNA mais non reconnus mineurs par le Demie lors de la consultation à la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu (Paris). Ont été recueillis ? : les données démographiques, les diagnostics de consultation, la prévalence de pathologies cibles, les hospitalisations et les correspondants associatifs. Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 9 octobre 2019, 301 patients ont été inclus et un total de 1 035 consultations ont été analysées. La proportion d'homme était de 95 % et l'âge moyen déclaré de 16,2 ans. La prévalence des psychotraumatismes était de 27,7 % et des infections chroniques par le virus de l'hépatite B (VHB) de

12,8 %. Les principaux diagnostics de consultation concernaient l'appareil locomoteur, la dermatologie et la gastro-entérologie. Le taux d'hospitalisation suite à la consultation était de 6 %. Il s'agit d'une population fragile et isolée. Les prévalences des pathologies graves et le taux d'hospitalisation sont plus élevés qu'attendus. L'adhésion à la prise en charge au sein de la structure est bonne. La population des MNA non reconnus mineurs est une population à risque pour laquelle l'accès aux soins doit être facilité et amélioré.

► Impact des facteurs nutritionnels pendant et après cancer

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2020

Boulogne-Billancourt INCA

https://www.e-cancer.fr/content/download/297450/4239901/file/RappNut2020_112p_web.pdf

Fruit d'un travail d'expertise collective, ce rapport et sa synthèse sont consacrés à l'influence des facteurs nutritionnels pendant et après la maladie. Cet état des lieux permet d'actualiser l'analyse publiée par l'American Cancer Society en 2012 et de compléter l'information délivrée aux professionnels de santé et patients. Les résultats y sont présentés par localisation de cancers et portent sur l'influence de la surcharge pondérale, de la dénutrition, de la consommation d'alcool, d'aliments spécifiques ou de compléments alimentaires en particulier. L'analyse de la littérature a permis de préciser le niveau de preuve existant (« convaincant », « probable » ou « suggéré ») de la relation entre ces facteurs et leur impact sur la mortalité globale, la mortalité spécifique, la survenue de récurrences, de seconds cancers et/ou la qualité de vie globale. Des recommandations nutritionnelles sont ainsi proposées en pointant l'importance d'évaluer l'état nutritionnel des patients tout au long du parcours

► La consommation d'alcool en Île-de-France : résultats du baromètre de Santé publique France 2017

OBSERVATOIRE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE

2020

Focus Santé En Ile-De-France.

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/focusAlcool/Focus_alcool_ORS_IDF_2020.pdf

Cette étude, réalisée à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2017, estime les

prévalences des différents niveaux de consommation d'alcool (quotidien, hebdomadaire, ivresses, alcoolisations ponctuelles importantes) ainsi que les liens avec les inégalités sociales. De plus, elle s'intéresse à l'usage d'alcool chez les femmes durant la grossesse ainsi qu'à l'influence potentielle de la consommation d'alcool dans l'entourage des enfants et adolescents.

► Effets des écrans sur le sommeil des adolescents

OBSERVATOIRE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE

2020

Paris Orsif.

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/effets-des-e-crans-sur-le-sommeil-des-adolescents.html>

Les adolescents ont un besoin accru de sommeil en particulier en période scolaire car le sommeil participe à l'équilibre psychosocial et la consolidation de la mémoire pendant cette période charnière. Les résultats de la présente étude montrent cependant que plus d'un adolescent sur deux présente au moins un trouble du sommeil. Les adolescents s'adonnent plus aux activités sur écrans pendant le temps libre après le dîner et une fois au lit et très peu d'entre eux lisent (un sur quatre se connecte en pleine nuit sur les réseaux sociaux). Cette étude, issue de l'analyse des données d'enquête du Réseau Morphée, se focalise sur l'impact des écrans sur le sommeil selon leurs usages chez les collégiens et lycéens d'Île-de-France.

► Sclérose en plaques et emploi : bibliographie thématique

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/sclerose-en-plaques-et-emploi.pdf>

Après un aperçu sur les aspects épidémiologiques et économiques de la maladie, l'objectif de cette bibliographie est de recenser de la littérature scientifique sur l'impact de la sclérose en plaques sur l'emploi et la situation professionnelle des patients qui souffrent de cette pathologie, pour la période allant de 2009 à mai 2020 avec quelques publications clefs antérieures à ces dates. Le périmètre géographique retenu concerne la France et les pays de l'OCDE.

Géographie de la santé

Geography of Health

► Applied Spatial Data Analysis With R

BIVAND R. S., REBESMA E. ET GOMEZ-RUBIO V.
2013

Heidelberg : Springer Verlag

Applied Spatial Data Analysis with R, second edition, is divided into two basic parts, the first presenting R packages, functions, classes and methods for handling spatial data. This part is of interest to users who need to access and visualise spatial data. Data import and export for many file formats for spatial data are covered in detail, as is the interface between R and the open source GRASS GIS and the handling of spatio-temporal data. The second part showcases more specialised kinds of spatial data analysis, including spatial point pattern analysis, interpolation and geostatistics, areal data analysis and disease mapping. The coverage of methods of spatial data analysis ranges from standard techniques to new developments, and the examples used are largely taken from the spatial statistics literature. All the examples can be run using R contributed packages available from the CRAN website, with code and additional data sets from the book's own website. Compared to the first edition, the second edition covers the more systematic approach towards handling spatial data in R, as well as a number of important and widely used CRAN packages that have appeared since the first edition.

► Transports, mobilités et santé

FLEURET S.
2014

In: [Transports durables : des enjeux sécuritaires et de santé.]. Paris : L'Harmattan: 137-153.

Il est désormais généralement admis que la santé des populations dépend d'un ensemble de déterminants médicaux et surtout non médicaux de la santé qui renvoient à des questions de conditions et mode de vie et d'environnement physique et social. Dès lors que l'on considère la santé sous cet angle, la question des mobilités et des transports apparaît comme un facteur à prendre en considération, car il impacte à la fois la façon dont les gens vivent et leur environnement. Ce chapitre propose un panorama des différentes manières d'observer, lier, analyser et interpréter les formes d'interactions qui existent entre la question des déplacements, des transports, des mobilités et de l'action publique qui leur est associée et les enjeux de santé qui peuvent y être associés. Ce texte, loin d'être exhaustif, dresse un état des connaissances basé sur une revue de littérature récente. Les enjeux de santé liés aux transports et mobilités constituent un sujet d'actualité aux nombreuses ramifications. Cinq sont développés dans ce chapitre : les mobilités d'accès aux services de santé, l'impact sur la santé des choix de mode de déplacement, le risque lié aux mobilités, les nouveaux enjeux de santé en lien avec le développement des transports internationaux et enfin le lien entre santé, transports, pollutions et environnement.

Disability**► Handicap - Réinventer l'offre médico-sociale, plateformes de services coordonnés : 2 études de l'ANAP**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2020

Paris.

<http://ressources.anap.fr/pilotage/publication/2750-handicap-reinventer-loffre-medico-sociale-plateformes-de-services-coordonnes>

A partir d'expériences d'établissements et de services médico-sociaux, deux publications complémentaires présentent les plateformes de services coordonnés et donnent les clés pour les mettre en place.

► L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018

BERGERON T. ET DAUPHIN L.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1170).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1170.pdf>

Fin 2018, les établissements et services médico-sociaux proposent 510 620 places dans 12 430 structures accompagnant des personnes handicapées, d'après la dernière vague de l'enquête ES-Handicap. Le nombre de places est en hausse de 4,4 %, soit 21 420 places supplémentaires, par rapport à fin 2014. Cette augmentation des capacités d'accueil et d'accompagnement entre 2014 et 2018 est fortement soutenue par les services : +11 % dans les services pour enfants, adolescents et adultes. La hausse la plus forte concerne les places agréées pour accompagner ou accueillir les personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, dont le nombre a augmenté de 34 %, soit près de 6 000 places supplémentaires. L'internat reste un mode d'accueil plus fréquemment pratiqué dans les structures pour adultes (38 %) que dans les structures pour enfants (23 %) où l'accueil de jour et les prestations sur le lieu de vie sont majoritaires. Le nombre de personnes travaillant en établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, en équivalent temps plein, est en hausse de 5 % entre 2014 et 2018. Le personnel de ces structures reste majoritairement féminin.

► Quelles sont les spécificités des professions occupées par les personnes handicapées ?

BERNADI V. ET LHOMMEAU B.
2020

Dares Analyses(031).

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/quelles-sont-les-specificites-des-professions-occupees-par-les-personnes>

Sur les années 2016 à 2018, 36 % des personnes reconnues handicapées et âgées de 15 à 64 ans ont un emploi, contre 65 % des autres personnes de cette tranche d'âge. Lorsqu'elles en ont un, elles exercent une variété de métiers réduite par rapport aux autres personnes. Les 20 professions les plus répandues représentent 37 % de l'emploi des personnes reconnues handicapées, contre seulement 25 % de l'emploi sans reconnaissance.

► Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles

BUISSON G. ET DE LAROSA G.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1169).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1169.pdf>

En moyenne en 2016 et 2017, 292 000 ménages bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en France métropolitaine. Cette allocation, destinée aux parents d'enfant handicapé, vise à compenser les frais engendrés en matière d'éducation et de soins. Les parents qui en sont bénéficiaires sont plus âgés que les autres parents d'enfant de moins de 20 ans, reflet sans doute du temps nécessaire à la mise en place d'un diagnostic et à la reconnaissance administrative du handicap de leur enfant. Ils sont moins souvent diplômés de l'enseignement supérieur. Ils vivent plus souvent en famille nombreuse ou en famille monoparentale. Il est également beaucoup plus fréquent qu'au moins l'un des parents ne travaille pas, le plus souvent la mère. Ainsi, les mères d'enfant handicapé déclarent 2,5 fois plus souvent que les autres mères être inactives

pour s'occuper d'un enfant ou d'une personne dépendante. Par ailleurs, quand elles travaillent, elles sont plus souvent à temps partiel (42 % contre 31 %). La situation moins favorable des parents d'enfant handicapé sur le marché du travail s'accompagne d'une plus grande fragilité économique : leur niveau de vie mensuel moyen est de 1 567 euros, soit 272 euros de moins que les autres ménages avec enfant de moins de 20 ans. Les ménages bénéficiaires de l'AEEH vivent sous le seuil de pauvreté dans 24 % des cas, contre 17 % pour les autres ménages avec enfants.

► **Comité interministériel du handicap 2020**

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DU HANDICAP
2020

Paris : **Comité interministériel du handicap**
https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cih_2020.pdf

Ce CIH 2020 se tient dans un contexte inédit de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Les pouvoirs publics mettent en place et adaptent des mesures visant à répondre aux situations particulières vécues par les personnes en situation de handicap et leurs aidants

► **Dépenses publiques pour le handicap et l'invalidité : 51 Md€ en 2019**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE
2020

In : **[Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021]. Paris : CCSS: 122-125.**
<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

Cette fiche identifie les prestations de protection sociale qui concourent à la prise en charge des différentes formes de handicap, ainsi que les contributions des différentes institutions à leur financement (État, collectivités territoriales, sécurité sociale). En excluant les dépenses dévolues à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, les dépenses liées à l'invalidité et au handicap représentent 51 Md€ en 2019. Elles sont en forte hausse depuis 2010 (+ 21 % en euros constants), en raison notamment du dynamisme de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation adulte handicapé (AAH), et, plus récemment, de la hausse rapide des dépenses d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Ces

dépenses, assumées pour moitié par la sécurité sociale, recouvrent des aides financières et de l'accompagnement dans la vie quotidienne, la scolarité et l'emploi. La mise en place de la branche autonomie de la sécurité sociale pourrait cependant modifier la répartition des financements entre les différentes institutions.

► **De la sortie d'hospitalisation au retour à domicile : une inclusion à deux vitesses. In : Vivre chez soi avec des lésions cérébrales acquises à tous les âges de la vie : quelles stratégies pour améliorer le parcours des personnes ?**

DESJEUX C.
2020

Volet2/3]. Paris : **Handéo**
<https://www.handeo.fr/node/20123>

Ce document est extrait d'un rapport plus large sur les personnes vivant avec des lésions cérébrales acquises à tous les âges de la vie. Le rapport global de l'étude paraîtra en décembre 2020. D'avril à septembre, Handéo en publie des extraits sous la forme de 3 volets.

► **L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2020

Saint-Denis HAS
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215404/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite

Les recommandations portent sur l'accompagnement de la personne polyhandicapée (enfants et adultes) à domicile ou en établissement. Elles s'adressent à tous les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ainsi qu'aux aidants (parents, fratrie...) afin de les aider dans un accompagnement personnalisé et centré sur les capacités de la personne tout au long de son parcours de vie.

► **Guide la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap. Les gestionnaires à la croisée des chemins**

KPGM
2020

Paris KPMG

<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2020/10/fr-transformation-offre-handicap.pdf>

Depuis plusieurs années le thème de la transformation de l'offre irrigue les politiques publiques nationales et territoriales, avec certaines réalisations probantes. Le rythme et l'intensité du sujet se sont accélérés depuis 2017 avec la circulaire du 2 mai, puis la définition du plan d'action ministériel Ambition transformation 2019-2022 et l'installation du comité national de pilotage de transformation de l'offre d'accompagnement, concrétisant une véritable politique publique de transformation du secteur du handicap avec ses objectifs et ses indicateurs de mesure. Ce guide a ainsi pour ambition de : - Traduire les politiques publiques et leurs objectifs en modalités d'actions concrètes pour les gestionnaires du secteur; - Partager et capitaliser sur les réflexions en cours et sur l'expérience de terrain.

► **Twenty-Five Years After The Ada: Situating Disability In America's System Of Stratification**

MAROTO M. ET PETTINICCHIO D.
2015

Disability Studies Quarterly 35(3).

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2667664

Americans with disabilities represent a significant proportion of the population. Despite their numbers and the economic hardships they face, disability is often excluded from general sociological studies of stratification and inequality. To address some of these omissions, this paper focuses on employment and earnings inequality by disability status in the United States since the enactment of the 1990 Americans with Disabilities Act (ADA), a policy that affects many Americans. After using Current Population Survey data from 1988-2014 to describe these continuing disparities, we review research that incorporates multiple theories to explain continuing gaps in employment and earnings by disability status. In addition to theories pointing to the so-called failures of the ADA, explanations also include general criticisms of the capitalist system and economic downturns, dependence on social welfare and disability benefits, the nature of work, and employer attitudes. We conclude with a call for additional research on disability and discrimination that helps to better situate disability within the American stratification system.

► **Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans**

PENNEAU A., PICHETTI S. ET ESPAGNACQ M.
2019

Les rapports de l'Irdes ; 571. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/571-depenses-de-sante-et-restes-a-charge-sanitaires-des-personnes-en-situation-de-handicap-avant-et-apres-60-ans.pdf>

Les situations de handicap entraînent des coûts supplémentaires pour les ménages concernés. Les coûts sanitaires - soins médicaux et une partie des aides techniques - représentent l'un des principaux postes de dépense des personnes en situation de handicap. L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la prise en charge sanitaire de ces personnes avant et après 60 ans. Deux populations se distinguent, les personnes handicapées reconnues inaptes au travail et les personnes ayant besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

► **Le soutien à domicile des personnes handicapées et dépendantes dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**

SAFON M. O. ET SUHARD V.
2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf>

Réalisée à la demande de la CNSA, cette bibliographie a pour objectif de dresser un état des lieux du soutien à domicile des personnes handicapées et dépendantes dans les pays de l'OCDE sous l'angle de la dépendance lourde et du handicap sévère et dans une perspective économique. Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases et portails suivants : Base de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Base de l'Ehesp, Cairn, Medline et Science direct sur une période de dix ans (2010 à février 2020). Les références bibliographiques sont classées par année, puis par ordre alphabétique d'auteurs et de titres. Elles sont accompagnées de résumé. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

► **Introduction à la sociologie du handicap : histoire, politiques et expérience**

VILLE I., FILLION E., RAVAUD J. F., *et al.*
2020

Louvain-la-Neuve : De Boeck

Comment le champ du handicap s'est-il historiquement et socialement construit dans les sociétés occidentales ? Quel type d'expériences le handicap produit-il ? Quelles mobilisations suscite-t-il ? Quel type de recherches et quels courants de pensées recouvrent les disability studies ? Quels traitements politiques les sociétés donnent-elles aux personnes dites handicapées ? Comment celles-ci vivent-elles aujourd'hui à l'école, au travail, en famille, en milieu « ordinaire » ou en institutions spécialisées ? Voici quelques-unes des nombreuses questions que se posent tous ceux qui s'intéressent au handicap et que cet ouvrage propose d'éclairer. Depuis une quarantaine d'années, le handicap est en effet devenu un objet d'études à part entière des sciences humaines et sociales, de la sociologie en particulier. Les recherches ont permis de mieux comprendre l'objet socio-politique « handicap » et d'en cerner les contours instables. Mais elles ont aussi ouvert de nouvelles pistes et catégories d'analyse pour penser nos sociétés contemporaines à l'épreuve de la diversité. Elles montrent que la fonctionnalité des corps et des esprits touche au cœur des questions de justice sociale. Ce manuel propose un panorama clair et synthétique des études consacrées au handicap en soulignant à la fois les situations concrètes qu'il recouvre et ses enjeux politiques et sociaux.

► **Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020 : Bilan et perspectives**

WILLEMOT A.
2020

Bruxelles : Pour la solidarité

https://www.pourlasolidarite.eu/sites/default/files/publications/files/na-strategie_eu_handicap_post_2020.pdf

La stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020 a contribué à ce qu'un modèle du handicap fondé sur les droits humains soit reflétée dans la législation européenne. La stratégie européenne n'a cependant pas toujours débouché sur des politiques suffisamment ambitieuses... Alors que nous avons besoin d'une stratégie ambitieuse, le contexte politique a fortement changé et la future stratégie est développée par une nouvelle Commission européenne qui comprend finalement un poste de Commissaire à l'égalité (Helena Dalli). Elle devra développer une stratégie qui répond réellement aux besoins de plus de 100 millions de personnes en situation de handicap au sein de l'Union européenne, si elle souhaite accomplir sa stratégie « Europe 2020 ». Au travers de cette note d'analyse - publiée avec la contribution de l'APF, France Handicap et l'AVIQ, pour la solidarité - PLS souhaite contribuer au débat quant à la future stratégie européenne, au travers tant un bilan des actions réalisées qu'un tour d'horizon des propositions d'acteurs de terrains.

Hospital

► **En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression**

BOISGUERIN B., DELAPORTE A., GATEAUD G., *et al.*
2020

Etudes et Résultats (Drees) (1164)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1164.pdf>

En 2019, 1 352 hôpitaux publics, 671 établissements privés à but non lucratif et 982 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le

nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 005 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (392 000 lits) et partielle (79 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2019 (-0,9 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,9 %). Comme en 2018, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+6,5 %) qu'en court séjour (+1,2 %). En 2019, les capacités de prise en charge en hospita-

lisation à domicile poursuivent également leur augmentation (+ 5,5 %). Elles représentent 6,2 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, les lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, ont augmenté entre 2013 et 2019.

► L'hôpital au service du droit à la santé

CASTAIGNE S., DRU A. ET CHATELLIER C.
2020

Paris Cese

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2020/FI21_hopital_droit_sante.pdf

L'avis du Conseil économique social et environnemental dessine les voies et moyens d'une meilleure intégration de l'hôpital dans les territoires. Il demande un pilotage plus ascendant et démocratique pour assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre proposée. Enfin, il formule des préconisations pour désengorger l'hôpital, améliorer les parcours en amont et en aval, mieux organiser les interfaces avec les secteurs sociaux et médico-sociaux

► Les groupements hospitaliers de territoire : exercices 2014 à 2019

COUR DES COMPTES
2020

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf>

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes a enquêté sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Destinés à faciliter le développement d'actions de coopération entre établissements de santé, les GHT revêtent un caractère obligatoire et remplissent deux missions principales : accroître l'efficacité de l'offre de soins publique et rechercher une rationalisation des modes de gestion. L'hétérogénéité des GHT, en matière de tailles et de moyens notamment, ne leur permet pas d'apporter une réponse suffisante à la question de l'égal accès aux soins entre territoires. En raison de contraintes juridiques, financières, techniques et statutaires, les GHT n'ont pas modifié fondamentalement les relations entre les établissements. En conséquence, leur impact en matière d'offre et de consommation de

soins n'a pas non plus été significatif. La Cour formule huit recommandations pour que l'organisation territoriale de l'hospitalisation publique puisse être menée à son terme.

► Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre

COUR DES COMPTES
2020

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

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>

Depuis près de 50 ans, de multiples tentatives de coopérations hospitalières ont eu lieu à travers divers supports juridiques proposés aux établissements de santé pour garantir à l'ensemble des citoyens une égalité d'accès à des soins de qualité. Fondés sur un principe d'adhésion volontaire, ces nombreux outils se sont montrés décevants, du fait de la fragilité des actions menées et d'une mise en œuvre inégale. La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé est venue modifier cette logique en rendant obligatoire la participation des établissements publics de santé aux groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2016, 920 établissements publics de santé sont regroupés au sein de 136 GHT. Ces regroupements sont organisés par une convention constitutive établie pour dix ans et un projet médical partagé (PMP), mais ils ne disposent pas de la personnalité morale. Chacun comprend un « établissement support », qui administre les fonctions mutualisées et organise les instances du groupement, et des « établissements parties », qui concourent à la définition de la stratégie du GHT et à sa mise en œuvre. À la différence des dispositifs de coopération antérieurs, le législateur a souhaité confier des missions propres aux GHT : il s'agit d'une part d'accroître l'efficacité de l'offre publique de soins par la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et, d'autre part, de rechercher une rationalisation de la gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Par une enquête de terrain auprès d'établissements et l'analyse inédite de la totalité des projets médicaux partagés des GHT225, la Cour a cherché à vérifier la capacité

des GHT à répondre à ces objectifs. Les résultats de l'enquête font apparaître les difficultés des GHT à atteindre les objectifs assignés par la loi, dessinant ainsi un bilan en demi-teinte de ces regroupements, dont les causes sont exogènes aux GHT (I). Sans une modification substantielle de son cadre juridique, cette réforme restera largement empêchée (II).

► **Les prescriptions hospitalières exécutées en ville**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021]. Paris : CCSS: 130-133.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) sont des prescriptions effectuées par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé et dont la réalisation ou la délivrance a lieu en ville. Les PHEV peuvent être rédigées en sortie d'hospitalisation, lors d'un passage aux urgences, ou au cours d'une consultation externe au sein d'un établissement de santé public ou privé non lucratif. Elles peuvent correspondre notamment à la dispensation de produits de santé ou la réalisation d'actes médicaux par un professionnel libéral exerçant en ville, à la suite d'un passage en établissement de santé. Environ quatre patients sur cinq passant par l'hôpital bénéficient d'une prescription exécutée en ville, engendrant une dépense de 19,5 Md€ pour l'assurance maladie en 2019, soit 22 % des remboursements de soins de ville. Les dépenses de soins de ville résultant de ces prescriptions se concentrent sur les patients atteints de pathologies lourdes. Le fort dynamisme de ces dépenses s'explique ainsi en partie par la croissance du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques lourdes, mais aussi par l'évolution des modalités de traitement de ces pathologies (prise en charge ambulatoire et innovations pharmaceutiques de plus en plus coûteuses).

► **Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes**

DE PERETTI C.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1168).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1168.pdf>

En 2018, 12 millions de personnes ont été hospitalisées en court séjour. Le nombre moyen de séjours par personne hospitalisée est égal à 1,5, ce qui représente 18 millions d'hospitalisations. Le taux de recours, élevé avant l'âge de 1 an, est faible entre 1 et 18 ans. Il augmente ensuite progressivement avec l'âge, avec un pic féminin aux âges de la maternité, et atteint 500 pour 1 000 habitants à partir de 70 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes. Selon la classification internationale des maladies (10^e révision : CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents, tous âges confondus, sont : les maladies de l'appareil digestif (intégrant l'odontologie), les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs de recours évolue toutefois avec l'âge : avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui prédominent, puis entre 15 et 44 ans, les recours liés à la fécondité, alors qu'entre 45 et 64 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif, entre 65 et 84 ans, les tumeurs et, pour les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire. Entre 2010 et 2018, le nombre de patients hospitalisés en court séjour a augmenté de 8 % et celui des hospitalisations de 10 %. Les taux standardisés sur l'âge, qui prennent en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ont respectivement augmenté de 2 % et de 2,5 %.

► **Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017**

DE PERETTI C., WOIMANT F. ET SCHNITZLER A.
2020

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh): 538-551.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_3.html

Les objectifs de cette étude sont de décrire la patientèle du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017 : les principales pathologies prises en charge, les facteurs associés à la prise en charge dans ces SSR spécialisés, les disparités régionales, ainsi que les évolutions survenues entre 2013 et 2017.

► **Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire**

DELATTE M. ET RAMASSAMY N.
2020

Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale

www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3350_rapport-information.pdf

Véritable prouesse technique, l'opération chirurgicale dans le cadre de la chirurgie ambulatoire représente un double défi organisationnel et humain. Elle impose aux professionnels de santé de réviser les conditions de prise en charge des patients dans le respect de leur autonomie. Elle implique des gestes précis, l'application de recommandations de bonnes pratiques, l'organisation de nouveaux flux, la restructuration des locaux hospitaliers, l'évolution de nouveaux métiers ainsi que la transformation des lits anciennement dédiés à l'hospitalisation complète. Pratiquée dans les établissements de santé, la chirurgie ambulatoire n'impose pas moins une coordination avec les professions de santé exerçant en ville. L'hôpital ne constitue donc plus le lieu unique de prise en charge, celle-ci étant partagée avec les acteurs de la ville. La chirurgie ambulatoire implique par conséquent de surmonter le clivage couramment observé entre médecine hospitalière et médecine de ville. Elle représente également un défi humain majeur. L'apparition de nouvelles techniques de prise en charge a permis la réduction progressive de la durée de séjour jusqu'à permettre de bénéficier d'une opération chirurgicale en arrivant le matin et en repartant le soir. Cette nouvelle pratique ne saurait se réduire à une simple aubaine économique même si elle constitue encore une des motivations. De nombreuses personnes auditionnées ont voulu souligner qu'elle reste un art médical requérant une approche humaine. On pourrait considérer qu'avec l'apparition des nouvelles technologies et l'acquisition des nouvelles connaissances, la médecine gagnerait en technicité ce qu'elle perdrait en humanité. Or, le processus de prise en charge requiert au contraire un surcroît d'humanité car le succès de l'opération repose sur le postulat d'un patient actif. Si le patient bénéficie toujours de l'opération chirurgicale, il n'en est pas moins un acteur à part entière. Le temps passé avec le patient doit être l'occasion de parvenir à mieux le

connaître afin que la prise en charge constitue une réussite complète.

► **En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants**

DIXTE C., LAFFETER Q., BERGER E., *et al.*
2020

Études et Résultats (Drees) 1165

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1165_ip_salaires_bat.pdf

En 2018, un agent de la fonction publique hospitalière (FPH) perçoit en moyenne 2 308 euros nets par mois en équivalent temps plein; cette moyenne prend en compte tous les salariés des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou personnels médicaux. En euros courants, le salaire net moyen augmente de 0,9 % par rapport à 2017. Avec le regain de l'inflation, le salaire net moyen diminue en moyenne de 1,0 % en euros constants. Le salaire net moyen des fonctionnaires de la FPH diminue de 1,2 % en euros constants. Pour les contractuels, il baisse plus modérément (-0,6 %), principalement en raison du fort recul du nombre de contrats aidés, moins rémunérés. Celui des personnels médicaux est quasiment stable (-0,1 %). En 2018, les disparités salariales dans la FPH augmentent légèrement, les salaires les plus élevés diminuant moins que les autres en termes réels. Le salaire net des femmes est inférieur de 20,8 % à celui des hommes; à profil identique, l'écart salarial est de 3,7 %. Pour les salariés présents toute l'année en 2017 et en 2018 chez le même employeur et avec la même quotité de travail, soit près de deux agents sur trois de la FPH, le salaire net moyen est stable en euros constants.

► **Incorporating Quality In The Efficiency Assessment Of Hospitals Using A Generalized Directional Distance Function Approach**

GUCCIO C., LISI D., MARTORANA M. F., *et al.*
2020

Siep Working Paper ; 762. Pavie Siep.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ipu:wpaper:96&r=hea>

The increasing pressure to cost containment in the public sector and, specifically, in health care provision raises concern on the potential adverse effects on the hospital quality that would imply the existence

of an efficiency-effectiveness trade-off. This hypothesis calls for taking into account explicitly the relationship between efficiency and quality when analyzing hospitals' performance. This paper adopts a non-parametric approach to study the whole performance in the provision of hospital services in Italy. We employ a generalized directional distance function that allows incorporating both desirable outputs and undesirable outcomes (i.e. risk-adjusted mortality rates) in the estimation of efficiency, thus enabling for studying hospital performance thoroughly, and assess the impact of integrating quality in the efficiency assessment. We find that including quality does matter. In addition, considering that patients in the Italian National Health System do not directly pay for treatments and, thus, hospitals presumably compete on quality in a catchment area, we also study whether taking into account quality matters in studying spatial dependence in hospital performance.

► **Panorama des ORU : activité des structures d'urgence 2018**

MAILLARD L. P.

2020

Paris : Fedoru

www.fedoru.fr/panorama-des-activites-durgence-2018/

Cette publication rassemble les données 2020 des observatoires régionaux des urgences : description de l'offre de soins, données d'activité des services d'urgence, qualité des données, ainsi que les travaux menés dans chaque région etc..

► **Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin : Rapport d'information du Sénat suite à celui de la Cour des comptes**

MILON A.

2020

Paris Sénat

www.senat.fr/rap/r20-022/r20-0221.pdf

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT). La demande, consécutive aux débats ayant entouré l'examen de la loi du 24 juillet 2019, visait à déterminer l'impact de ces groupements sur la redistribution des activités de soins

entre l'établissement support de la convention et les établissements parties. Les GHT, auxquels tous les établissements publics de santé doivent adhérer, ont pour objectif d'œuvrer à une meilleure gradation de l'offre de soins ; à ce titre, il convient de vérifier le plus tôt possible si l'outil sert réellement cette ambition ou, au contraire, aggrave les inégalités territoriales au profit des établissements de plus grande taille. Sur le rapport de M. Alain Milon, la commission tire de cette enquête les principaux enseignements suivants : bien que la Cour des comptes déduise, d'un examen des données consolidées, que « les établissements supports n'ont pas été favorisés en termes d'évolution de l'activité depuis la mise en œuvre des GHT », la commission est contrainte de n'adhérer que partiellement à ces conclusions : il lui paraît en effet plausible que les chiffres constatés par la Cour illustrent, davantage que l'innocuité du modèle pour les établissements parties, la précaution ex ante que ces derniers mettent dans la conclusion des conventions constitutives à laquelle la loi les contraint. Le problème structurel posé par le GHT dans la recomposition de l'offre de soins pourrait donc rester entier ; - par ailleurs, au-delà de l'objet de l'enquête, la Cour dresse un bilan relativement sévère de la mise en œuvre des GHT. Outre que les partenaires concernés se sont très diversement saisis de l'outil et que son usage est pour l'heure essentiellement limité à la mutualisation de certaines fonctions support - et non à la redéfinition de l'offre de soins - le GHT présente le risque important de perpétuer les cloisonnements qui compliquent le dialogue nécessaire des professionnels de santé : ainsi, les établissements privés, les professionnels de soins de ville, le secteur médico-social restent autant d'acteurs non intégrés à ces groupements. En conséquence, la commission formule plusieurs propositions, susceptibles de trouver une traduction législative

► **Rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2020

Paris Ministère chargé de la santé

Le présent rapport est prévu par l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale. Il a pour objectif d'éclairer le Parlement sur « les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées » au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce rapport s'atta-

chera donc à présenter dans un premier temps un panorama global des différentes modalités de financement des établissements de santé selon les champs d'activité et le statut des offreurs de soins. Il reviendra ensuite en premier lieu sur chacun des champs d'activité, en particulier leurs modalités de financement, l'analyse de leur activité 2019 avant de présenter les évolutions en cours et les perspectives d'évolution, dont certaines font l'objet de mesures présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à l'automne 2020.

► **Les parcours de soins pour prothèses de hanche et de genou : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-parcours-de-soins-pour-protheses-de-hanche-et-de-genou.pdf>

L'un des principaux enjeux actuels du système de santé est d'améliorer les parcours de soins en décloisonnant la ville et l'hôpital par une meilleure organisation des prises en charge centrées sur le patient. La littérature montre que même pour des interventions courantes, les pratiques médicales varient largement entre établissements selon l'offre de soins environnante, les incitations financières auxquelles sont soumis des offreurs, les préférences individuelles et les habitudes

des professionnels de santé. Or ces variations de pratiques impactent non seulement la qualité de la prise en charge à l'hôpital mais aussi les soins fournis en amont et en aval de l'hospitalisation, les ressources mobilisées à l'hôpital (approchées notamment par la durée de séjour) et les parcours de soins des patients.

► **Les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-soins-non-programmes-et-le-recours-aux-urgences-hospitalieres-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de recenser de la littérature scientifique (articles, ouvrages, rapports, littérature grise...) sur les modes de recours aux soins non programmés ainsi que sur les motifs de la patientèle dans les pays de l'OCDE. Les recherches bibliographiques ont réalisées sur les bases et portails suivants Base de l'Irdes, Banque de données en santé publique (BDSP), Medline, Cairn, Science direct.... sur la période allant de 2000 à février 2020. Les notices bibliographiques sont classées par ordre d'alphabétique d'auteurs et de de titres. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **70 % des personnes pauvres en 2016 le restent l'année suivante, une persistance en hausse depuis 2008**

ALBOUY V. ET DELMAS F.

2020

Insee Focus(208)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4802040>

En France métropolitaine, une personne sur sept vit sous le seuil de pauvreté monétaire. Ces situations sont souvent durables et la persistance d'une année sur l'autre a tendance à augmenter entre 2008 et

2017. 70 % des personnes pauvres en 2016 sont toujours dans cette situation l'année suivante, alors que 63 % des personnes pauvres en 2008 l'étaient toujours en 2009. Cette persistance de la pauvreté est particulièrement élevée pour les personnes peu ou pas diplômées, les enfants et les personnes âgées de plus de 65 ans. Si un tiers des individus pauvres une année ne le sont plus l'année d'après, leur sortie de la pauvreté n'est pas toujours durable. Sur quatre ans, seules 20 % des personnes pauvres la première année ne le sont plus au cours des trois années suivantes, 40 % restent, à l'inverse, durablement pauvres et 40 %

alternent pauvreté et non-pauvreté. Cette répartition est stable entre 2008 et 2017. Le risque de basculer dans la pauvreté une année donnée pour les personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté monétaire les trois années précédentes est faible, 3 % en 2017. Ce risque s'accroît très sensiblement pour les personnes ayant déjà connu un épisode de pauvreté dans les trois années précédentes et avec le nombre d'années déjà passées dans la pauvreté.

► **An Introduction To The Economics Of Immigration In OECD Countries**

ANTHONY E., RAFOT L., RAPOPORT H., *et al.*
2020

IZA Discussion Paper ; 13755. Bonn Iza.

<https://econpapers.repec.org/paper/izaizadps/dp13755.htm>

The share of the foreign-born in OECD countries is increasing, and this article summarizes economics research on the effects of immigration in those nations. Four broad topics are addressed: labor market issues, fiscal questions, the political economy of immigration, and productivity/international trade. Extreme concerns about deleterious labour market and fiscal impacts following from new immigrants are not found to be warranted. However, it is also clear that government policies and practices regarding the selection and integration of new migrants affect labour market, fiscal and social/cultural outcomes. Policies that are well informed, well crafted, and well executed beneficially improve population welfare.

► **Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités**

BURESI G. ET CORMUET F.

2020

Paris Insee.

www.insee.fr/fr/statistiques/4964147

Selon la méthode d'estimation avancée basée sur la microsimulation, les inégalités de niveau de vie baisseraient en 2019 : l'indice de Gini diminuerait de 0,003 pour s'établir à 0,295 et le ratio entre la masse des niveaux de vie détenue par les 20 % de personnes les plus aisées et celle détenue par les 20 % les plus modestes baisserait de 0,1 pour s'établir à 4,3. Le rapport interdécile entre les seuils délimitant les 10 % des personnes les plus aisées et les 10 % les plus modestes serait stable à 3,5. Le taux de pauvreté diminuerait de 0,3 point en 2019, pour atteindre 14,5 % de la popula-

tion. La baisse des inégalités et de la pauvreté s'expliquerait surtout par la revalorisation exceptionnelle de la prime d'activité en 2019.

► **Avis 135 : «Accès aux innovations thérapeutiques : Enjeux éthiques»**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE
2020

Paris CCNE

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/avis-135-acces-aux-innovations-therapeutiques-enjeux-ethiques>

Cet avis s'interroge sur les enjeux éthiques liés à deux questions : Comment concilier, d'une part, l'accès de ces traitements très coûteux à tous ceux qui le nécessitent et la pérennité du système d'Assurance Maladie et, d'autre part, les intérêts des entreprises pharmaceutiques ? Comment justifier de tels prix et comment pourrait-on définir des prix justes ?

► **Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise**

CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE
CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE
2020

Paris CNLE

https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/200928_-_cnle_-_12_propositions_002_-2.pdf

Le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) a été installé officiellement le 25 septembre 2020. A cette occasion, le CNLE a adopté à l'unanimité l'avis issu des travaux de la mission d'urgence qu'il avait constituée le 26 juin dernier. Le CNLE formule 12 propositions pour faire face à la crise, directement issue des expériences et difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté et les acteurs qui les accompagnent.

► **Socioeconomic Status And The Experience Of Pain: An Example From Knees**

CUTLER D. M., MEARA E. ET STEWART S.

2020

NBER Working Paper Series ; 27974. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27974>

Reports of pain differ markedly across socioeconomic

groups and are correlated with outcomes such as functional limitations and disability insurance receipt. This paper examines the differential experience of pain by education. We focus on knee pain, the most common musculoskeletal complaint. Comparing clinical interpretation of knee x-rays of people with and without pain, there are few differences in presence or clinical severity of arthritis across education groups. In contrast, less educated people report more pain for any given objective measure of arthritis. After confirming that reported pain maps to objective measures like walking speed and range of motion, we test four theories for differential experience of pain: differences in obesity, physically demanding occupations, psychological factors, and medical treatment differences. We find that physical demands on the job and obesity each explain about one-third of the education gradient in knee pain. There is an interaction between the two; physical requirements on the job are associated with knee pain primarily in those who are obese. In contrast, psychological traits and access to medical care explain little of the difference in reported pain by education level. These findings imply that educational gradients in pain are likely to persist or even widen as the need for physically demanding occupations—like home health aides and personal service workers—grows in importance with the aging population, and the working population continues to be obese.

► **Inégalités d'accès aux droits et discriminations : 2 tomes**

DÉFENSEUR DES DROITS
2019

Paris Défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2020/06/inegalites-dacces-aux-droits-et-discriminations-en-france>

En 2016, le Défenseur des droits a conduit une enquête statistique, intitulée Accès aux droits (AAD) auprès d'un échantillon de 5 117 personnes représentatif de la population française en termes d'âge, de sexe, de catégories professionnelles et de niveau de diplôme. Dans un contexte où la problématique des discriminations et des difficultés d'accès aux services publics et d'accès aux droits redeviennent d'actualité, l'ensemble de ces productions permet d'établir un nouveau portrait des inégalités perçues et vécues en France métropolitaine et d'identifier les populations pour lesquelles il est urgent de s'adresser pour favoriser un recours effectif au(x) droit(s).

► **Accès territorial aux soins : les inégalités ne sont pas définitives**

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE
2020

Paris FNMF

<https://placedelasante.mutualite.fr/observatoire2020-acces-territorial-aux-soins-les-inegalites-ne-sont-pas-definitives/>

La quatrième édition de l'Observatoire-Place de la Santé est consacrée à l'accès territorial aux soins. Cette étude comporte une analyse à partir de différentes sources de données permettant une mise en perspective ainsi qu'une enquête réalisée auprès du grand public et des entretiens avec des professionnels de santé. Elle vise à démontrer que, sans mesures fortes sur l'organisation des soins, des pouvoirs publics ou par les professions de santé, l'accroissement des inégalités est inéluctable.

► **Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?**

FRANCE ASSOS SANTÉ
2019

Paris. France assos santé

www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/08/Actes-journee-AM-25-nov-2019.pdf

Cette publication rassemble les actes de la journée du 25 novembre 2019 sur le thème du renoncement aux soins, du reste à charge en santé et du refus de soins, organisée par l'Assurance maladie.

► **La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus. Note d'étape**

FRANCE STRATÉGIE
2020

Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/lutte-contre-pauvrete-temps-coronavirus>

La période de crise économique et sociale que nous traversons est d'une ampleur inédite depuis l'après-guerre, supérieure à la crise de 2008. Elle a déjà et aura certainement un effet intense sur la situation des plus démunis. Le comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a souhaité s'exprimer à ce sujet en amont de la publication de son prochain rapport en mars 2021. La

présente note vise ainsi à revenir sur les impacts pour les plus modestes de la crise sanitaire et du confinement qui s'est ensuivi, à préciser les effets attendus de la dégradation économique engendrée par la crise sur leur situation, et d'exprimer un certain nombre de points de vigilance quant à la réponse politique à la crise. Pour la réaliser, le comité d'évaluation s'est appuyé sur les auditions réalisées depuis le début de la crise du coronavirus. Il a également consulté le collège composé de personnes en situation de précarité ou de pauvreté (5^e collège) du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) et le panel citoyen.

► **Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche. Épisode 2 : on rentre dans le dur !**

LAFORGERIE F.
2020

Cahier Gingembre : Remaides N° 111(42)

https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_42.pdf

De loi sur l'immigration en loi sur l'immigration (on en compte plus de 100 en 75 ans, en France, les conditions d'accès à la santé des personnes étrangères, dont celles malades, n'ont cessé de se dégrader. Le phénomène est net, ces dernières années. Il s'est même emballé, ces récents mois. Sur cette période, les projets gouvernementaux, les protestations des ONG, la radicalisation du discours politique et les conséquences concrètes pour les personnes concernées, autant de sujets sur lesquels, Gingembre revient dans un feuilleton en deux parties : « Le temps des menaces » et « On rentre dans le dur ».

► **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2019**

MÉDECINS DU MONDE
2020

Paris Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>

En 2019, Médecins du Monde (MdM) compte 59 programmes en France dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande préca-

rité et/ou d'exclusion. L'objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins. Ses équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins. Le rapport 2019 se penche sur les conditions de vie des personnes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), les problèmes de santé associés : santé mentale, santé des femmes, dépistage et la prévention des maladies infectieuses, l'accès aux droits et aux soins.

► **Rapport sur la pauvreté en France**

OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETÉ
2020

Paris : Observatoire des Inégalités

<https://www.inegalites.fr/Rapport-sur-la-pauvrete-en-France-2020-21>

La France affronte l'onde de choc économique de la crise sanitaire causée par la Covid-19, qui a fait plus de 40 000 morts. Il est encore trop tôt pour mesurer avec précision son impact sur le niveau de la pauvreté mais, déjà, le chômage et le nombre d'allocataires du RSA progressent. Ce rapport sur la pauvreté en France 2020-2021 dresse un état des lieux et consacre notamment un éclairage spécifique à la situation des jeunes, dans une période particulièrement difficile pour eux. Il rassemble les principales données actualisées sur la pauvreté et présente à la fois des tendances longues d'évolution et les derniers chiffres disponibles pour dresser un portrait des personnes pauvres en fonction de leur âge, sexe, origine sociale, type d'activité dans le monde du travail, mais aussi en observant leur répartition géographique. Une analyse de l'opinion des Français vis-à-vis de la pauvreté complète notre état des lieux.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2020**

SECOURS CATHOLIQUE
2020

Paris Secours Catholique

<https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs20-bd.pdf>

Pour son rapport 2020 « État de la pauvreté en France », le Secours Catholique alerte sur la dégradation du niveau de vie des ménages en situation de précarité, de plus en plus de ménages ne percevant même aucune

ressource. Souvent des foyers de nationalité étrangère, souvent des couples avec enfants. Dans cette édition, le Secours Catholique analyse en détail le budget des

foyers les plus modestes et pointe les arbitrages impossibles auxquels ils doivent faire face.

Médicaments

Pharmaceuticals

► Les réformes récentes de la rémunération des pharmacies de ville

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021]. Paris : CCSS: 126-129.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

Le commerce de produits pharmaceutiques a réalisé en 2017 un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, réparti entre 21 200 officines. Les ventes de médicaments remboursables par la sécurité sociale (qu'ils soient ou non effectivement présentés au remboursement) représentent l'essentiel de ce chiffre d'affaires (70 %). La rémunération perçue par les pharmaciens sur les médicaments remboursables, dont les modalités sont encadrées par le code de la sécurité sociale, constitue la principale source de revenus de l'économie officinale. Alors qu'elle était historiquement assise très majoritairement sur le prix des médicaments, la mise en place d'un honoraire de dispensation à la boîte en 2015, puis la création en 2019 de trois nouveaux honoraires liés au type d'ordonnance honorée, ont profondément modifié la structure des revenus des pharmaciens sur les médicaments remboursables en les rendant moins sensibles à l'évolution des prix et des volumes des médicaments. Parallèlement, de nouvelles missions rémunérées dans les domaines du dépistage, de la prévention et de la vaccination ont également été confiées aux pharmaciens. Cette fiche vise à présenter ces nouveaux modes de rémunération et leurs impacts sur la dynamique de la rémunération des pharmacies d'officine. Les montants présentés dans cette fiche ne sont pas directement comparables au revenu des pharmaciens d'officine qui intègre, en plus des produits de la vente des médicaments remboursables, ceux relatifs aux médicaments non remboursables, aux dispositifs

médicaux et prestations associées (remboursables ou non) et à la parapharmacie et desquels il faut retrancher les charges.

► Challenges In Access To Oncology Medicines. Policies And Practices Across The OECD And The EU

CHAPMAN S., PARIS V. ET LOPERTI R.
2020

OECD Health Working Papers ; 120. Paris OCDE.
<https://doi.org/10.1787/4b2e9cb9-en>

With rapid advancements in oncology, even the wealthiest countries around the globe find it increasingly challenging to provide – and sustain – access to new medicines. Challenges include managing the uncertainty surrounding the extent of benefit of new treatments; complexities in determining the price and place in therapy of certain products; and the need to reconcile affordable, equitable access with spending efficiency and fiscal sustainability. Differences in timing of market entry and heterogeneity of coverage processes and policies contribute to inequity in access across the OECD and EU. Future policies and practices to promote sustainable access to oncology medicines will likely focus on improving affordability for patients and value-for-money for payers. An important element will be strengthening the evidence base, drawing on both clinical trial and “real world” evidence, and enhancing international collaboration and information sharing to improve countries' collective capacity to address clinical and economic uncertainties.

► **La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer**

COUR DES COMPTES

2020

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 219-246.

https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201007-Ralfss-2020-6-Regulation-depenses-dispositifs-medicaux_0.pdf

La dépense publique relative aux dispositifs médicaux progresse d'environ 4 % par an depuis 2015, soit nettement plus rapidement que l'objectif national d'assurance maladie (Ondam). Elle peut être évaluée à environ 15 Md€ en 2018, répartis à parts quasi-égales entre ville et hôpital. Malgré un léger ralentissement de la dépense, sa croissance reste nettement supérieure à celle des autres dépenses de santé (I). Les moyens et actions mis en œuvre pour réguler ce secteur et atteindre les objectifs rehaussés d'économies demeurent insuffisamment efficaces (II). Dès lors, une programmation pluriannuelle de la dépense et une plus grande pertinence des prescriptions apparaissent nécessaires (III).

► **La lutte contre l'antibiorésistance dans la politique nationale de santé**

CREMIEUX A. C., ARMAND LEFEVRE, L., JARLIER V., *et al.*

2020

Paris Académie Nationale de Médecine

www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/09/20.1.14-Rapport-antibioresistance.pdf

Les antibiotiques et les progrès des vaccins et de l'hygiène ont fait chuter la mortalité liée aux maladies infectieuses. Cet acquis est menacé par la prescription incontrôlée d'antibiotiques, principale cause de la progression de la résistance bactérienne. Alors qu'en 2001 des campagnes d'information avaient permis de réduire la consommation communautaire d'antibiotiques de près de 25 %, leur consommation augmente depuis 2004, dépasse de 30 % la moyenne européenne et situe la France au 4^e rang derrière la Grèce, la Roumanie et l'Espagne. Une régulation de la prescription doit être mise en œuvre sans délai, associée à des campagnes d'information visant les professionnels et le public. Préserver l'avenir des antibiotiques est une urgence qui doit s'intégrer dans les préoccupations de

développement durable auxquelles nos concitoyens sont de plus en plus sensibles. L'Académie nationale de médecine recommande de faire de la lutte contre l'antibiorésistance une grande cause nationale de limiter le remboursement de l'antibiothérapie curative à sept jours, de généraliser l'aide à la prescription d'antibiotiques dans les établissements de santé et dans la communauté; de renforcer la couverture vaccinale et les actions d'hygiène préventive; enfin de promouvoir la recherche.

► **Review Of Economic Studies On The Opioid Crisis**

MACLEAN J. C., MALLATT J., RUHM C. R., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ;28067. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28067>

The United States has experienced an unprecedented crisis related to the misuse of and addiction to opioids. As of 2018, 128 Americans die each day of an opioid overdose, and total economic costs associated with opioid misuse are estimated to be more than \$500 billion annually. The crisis has evolved in three phases, starting in the 1990s and continuing through 2010 with a massive increase in use of prescribed opioids associated with lax prescribing regulations and aggressive marketing efforts by the pharmaceutical industry. A second phase included tightening restrictions on prescribed opioids, reformulation of some commonly misused prescription medications, and a shift to heroin consumption over the period 2010 to 2013. Since 2013, the third phase of the crisis has included a movement towards synthetic opioids, especially fentanyl, and a continued tightening of opioid prescribing regulations, along with the growth of both harm reduction and addiction treatment access policies. Economic research, using innovative frameworks, causal methods, and rich data, has added to our understanding of the causes and consequences of the crisis. This body of research also identifies intended and unintended impacts of policies designed to address the crisis. Although there is general agreement that the causes of the crisis include a combination of supply- and demand-side factors, and interactions between them, there is less consensus regarding the relative importance of each. Studies show that regulations can reduce opioid prescribing but may have less impact on root causes of the crisis and, in some cases, have spillover effects resulting in greater use of more harm-

ful substances obtained in illicit markets, where regulation is less possible. There are effective opioid use disorder treatments available, but access, stigma, and cost hurdles have stifled utilization, resulting in a large degree of under-treatment in the U.S. How challenges brought about by the COVID-19 pandemic may intersect with the opioid crisis is unclear. Emerging areas

for future research include understanding how societal and healthcare systems disruptions affect opioid use, as well as which regulations and policies most effectively reduce potentially inappropriate prescription opioid use and illicit opioid sources without unintended negative consequences.

Méthodologie- Statistiques

Methodology-Statistics

► Estimating Markov Transition Probabilities Between Health States Using U.S. Longitudinal Survey Data

JUNG J.

2020

Towson Towson University.

<http://webapps.towson.edu/cbe/economics/workingpapers/2020-06.pdf>

We use data from two representative U.S. household surveys, the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and the Health and Retirement Study (Rand-HRS) to estimate Markov transition probability matrices between health states over the lifecycle from age 20–95. We use non-parametric and parametric methods and control for individual characteristics such as age, gender, race, education, income as well as cohort effects. We align two year transition probabilities from HRS with one year transition probabilities in MEPS using a stochastic root method. We find that the non-parametric counting method and the regression specifications based on ordered logit models produce similar results over the lifecycle. However, the counting method overestimates the probabilities of transitioning into bad health states. In addition, we find that young women have worse health prospects than their male counterparts but once individuals get older, being female is associated with transitioning into better health states with higher probabilities than men. We do not find significant differences of the conditional health transition probabilities between African Americans and the rest of the population. We also find that the lifecycle patterns are stable over time. Finally, we discuss issues with controlling for time effects, sample attrition, and other modeling issues that can arise with categorical outcome variables.

Politique publique

Public Policy

► **Improving Governance With Policy Evaluation: Lessons From Country Experiences**

OCDE
2020

Paris OCDE

<https://doi.org/10.1787/89b1577d-en>

Policy evaluation is a critical element of good governance, as it promotes public accountability and contributes to citizens' trust in government. Evaluation helps ensure that decisions are rooted in trustworthy evi-

dence and deliver desired outcomes. Drawing on the first significant cross-country survey of policy evaluation practices covering 42 countries, this report offers a systemic analysis of the institutionalisation, quality and use of evaluation across countries and looks at how these three dimensions interrelate. The report also covers cross-cutting aspects related to regulatory assessment and performance budgeting. The analysis illustrates the role and functions of key institutions within the executive, such as centres of government and ministries of finance. It also underlines the role of supreme audit institutions.

Politique de santé

Health Policy

► **Evaluation du 3ème Plan cancer (2014-2019). 2 tomes**

BENSADON A. C., NUYTTEN B., OTT M. O., *et al.*
2020

Paris Igas

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article801>

Avec 382.000 nouveaux cas et 157.000 décès annuels (chiffres de 2018), le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme, et la deuxième chez la femme. Afin de préparer les orientations de la prochaine stratégie décennale de lutte contre les cancers, les inspections générales des affaires sociales et de la recherche ont été chargées d'évaluer le troisième plan cancer couvrant la période 2014-2019. Ce plan comportait quatre axes : Guérir ; - Préserver la qualité de vie des patients ; Investir dans la prévention et dans la recherche ; Conforter les organisations. Les besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer devaient recevoir une attention prioritaire, de même que la réduction des inégalités devant la maladie et des pertes de chance. La mission a mené des travaux très approfondis et rencontré près de 200 personnes (représentants des patients, professionnels de santé, sociétés savantes, conseils professionnels, collègue de médecine générale, fédérations d'établis-

ssements, institutions de recherche, etc.), tout en parcourant plusieurs régions. Ses constats et ses recommandations tournent autour de 11 thèmes : Recherche - Observation - Prévention - Dépistage - Soins - Vie pendant et après le cancer - Démocratie en santé - Besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes - Réduction des inégalités - Ressources - Gouvernance. Ces thèmes sont développés de manière détaillée dans le rapport complet, qu'accompagne un rapport de synthèse pour connaître l'essentiel.

► **Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé**

FLEURET S.
2003

Geocarrefour 73(3): 239-246.

<https://journals.openedition.org/geocarrefour/2125>

À Angers, dans la continuité des ordonnances de 1996 - créant notamment les Agences régionales de l'hospitalisation - et des lois de 1998 contre l'exclusion sociale, une réflexion a été initiée autour d'un programme médical commun de l'hospitalisation répondant à deux priorités : l'une liée à l'organisation des soins,

l'autre à la desserte des territoires. La rencontre de ces deux enjeux a également été celle de deux catégories d'acteurs : ceux de la santé et ceux de la politique municipale. Cette rencontre est révélatrice d'un changement observable à l'heure actuelle qui tend à faire des questions de santé un objet que tous les acteurs des politiques publiques se sentent fondés à intégrer dans leurs actions. Cette évolution sort la santé de son cantonnement à une affaire de spécialistes. Autour de l'exemple angevin, cet article analyse les mécanismes qui placent les rapports « ville-santé-hôpital » dans un cadre multisectoriel.

► **Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019. Rapport d'évaluation**

GRAND A. ET JOANETTE Y.
2020

Paris Ministère chargé de la santé

En décembre 2019, les ministres chargés de la santé et de la recherche ont demandé au professeur Alain Grand et au professeur Yves Joanette d'évaluer le PMND et de formuler des propositions pour la suite de ce plan. Le rapport comporte deux parties bien distinctes : la 1ère consiste dans une analyse mesure par mesure du niveau d'atteinte des objectifs et des interrogations qui en résultent ; la 2ème, résolument tournée vers l'avenir, part d'une synthèse de ces analyses pour proposer des recommandations pour le futur.

► **Avis et rapport sur l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2020

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

Les conclusions de la première année de l'évaluation in itinere soulignent que l'intitulé « Priorité prévention » devrait remplacer l'intitulé « PNSP », devenir une signature et que ses engagements devraient se poursuivre au-delà de 2022. Le positionnement de « Priorité prévention » devrait être clarifié et formalisé par rapport aux autres plans, mesures et actions en santé. Son enrichissement par de nouvelles mesures est une plus-value à formaliser, en particulier pour les mesures phares. Il faudrait intégrer la prévention dans la gestion de crises sanitaires. La gouvernance interministérielle et le portage par le Premier ministre

sont déterminants. Elaborer une stratégie de communication sur « Priorité Prévention », et consolider sa coordination au niveau régional en intersectoriel est nécessaire, tout comme créer un répertoire national de l'ensemble des mesures et actions mises en œuvre. Il n'y a pas d'indicateurs de mesure d'impact des actions de « Priorité Prévention » qui dépend des indicateurs de la SNS, d'où la nécessité de proposer autant d'indicateurs que nécessaire pour évaluer les impacts. Déterminer un seuil minimum de personnes à toucher parmi la population cible permettra de garantir l'efficacité de chaque mesure. La santé des enfants et des jeunes et la santé des plus de 65 ans constituent des objectifs ambitieux dont la mise en œuvre et les indicateurs d'évaluation sont limités. Une culture commune de la prévention et de la promotion de la santé reste à construire pour éviter les contributions en silo et privilégier une approche concertée.

► **Les soins palliatifs en France et à l'étranger : bibliographie thématique**

SAFON M. O. ET SUHARD V.
2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-soins-palliatifs-en-france-et-a-l-etranger.pdf>

Réalisée à la demande de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le cadre de son évaluation du plan « Soins palliatifs 2015-2018 », l'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) dans le domaine des soins palliatifs pour la période allant de 2013 à février 2019 avec quelques publications clefs antérieures à ces dates. Le périmètre géographique retenu englobe la France, l'Europe (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse) ainsi que les États-Unis et le Canada).

Politique sociale

Social Policy

► **L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2020**

DIALLO C. T. ET LEROUX I.
2020

Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas20.pdf>

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2018, ces derniers octroient 4,3 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations constituent une dépense annuelle nette de 38,4 milliards d'euros,

un montant qui a baissé légèrement de 0,2 % en un an après une croissance annuelle moyenne de 2,2 % entre 2010 et 2017. L'aide sociale départementale est, dans cet ouvrage, étudiée dans son ensemble puis, plus en détail pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. Les analyses portent sur les effectifs et les caractéristiques des bénéficiaires, les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions, récentes ou de plus long terme, et des disparités territoriales. L'ouvrage présente également le contenu et l'organisation de l'action sociale des communes et des intercommunalités. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une étude sur la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Prévention

Prevention

► **System Governance Towards Improved Patient Safety**

AURAAEN A., SAARI, K. ET KLASINGAI N.
2020

OECD Health Working Papers ; 120. Paris OCDE.

<https://doi.org/10.1787/2abdd834-en>

Safety governance refers to the approaches taken to minimise the risk for patient harm across an entity or system. It typically comprises steering and rule-making functions such as policies, regulations and standards. To date, governance has focused on the clinical level and the hospital setting, with limited oversight and control over safety in other parts of the health system. All 25 countries that responded to a 2019 OECD Survey of Patient Safety Governance have enacted legislation that aims to promote patient safety. These practices include external accreditation and inspections of safety processes and outcomes. Safety governance models are also moving away from punishment and shaming towards increased trust and openness. Learning from success as well as failures represents a paradigm shift in safety governance, an approach that has been increasingly adopted in OECD countries.

► **The Effects Of Incentivizing Early Prenatal Care On Infant Health**

CYGAN-REHM K. ET KARBOWNIK K.
2020

NBER Working Paper Series ;28116. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28116>

We investigated the effects of the timing of early prenatal care on infant health by exploiting a reform that required expectant mothers to initiate prenatal care during the first ten weeks of gestation to obtain a one-time monetary transfer paid after childbirth. Applying a difference-in-differences design to individual-level data on the population of births and fetal deaths, we identified small but statistically significant positive effects of the policy on neonatal health. We further provide suggestive evidence that improved maternal health-related knowledge and behaviors during pregnancy are plausible channels through which the reform might have affected fetal health.

Prevision-Evaluation

► **The Science Of Evaluation : A Realist Manifesto**

PAWSON R.
2013

Los Angeles : Sage

Evaluation researchers are tasked with providing the evidence to guide programme building and to assess its outcomes. As such, they labour under the highest expectations - bringing independence and objectivity to policy making. They face huge challenges, given the complexity of modern interventions and the politicised backdrop to all of their investigations. They have responded with a huge portfolio of research techniques and, through their professional associations, have set up schemes to establish standards for evaluative inquiry and to accredit evaluation practitioners. A big question remains. Has this monumental effort produced a progressive, cumulative and authoritative body of knowledge that we might think of as evaluation science? This is the question addressed

by Ray Pawson in this sequel to Realistic Evaluation and Evidence-based Policy. In answer, he provides a detailed blueprint for an evaluation science based on realist principles.

► **Evaluation : A Systematic Approach**

ROSSI P. H., LIPSEY M. W. ET HENRY G. T.
2019

Thousand Oaks : Sage publishing

This book is the best-selling comprehensive introduction to the field of program evaluation, covering the range of evaluation research activities used in appraising the design, implementation, effectiveness, and efficiency of social programs. Evaluation domains are presented in a coherent framework that not only explores each, but recognizes their interrelationships, their role in improving social programs and the outcomes they are designed to affect, and their embeddedness in social and political context.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Atlas de la santé mentale en France**

COLDEFY M. ET GANDRE C.
2020

Ouvrage (Irdes) ; 7. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

L'Atlas de la santé mentale en France propose une photographie inédite tant des prises en charge que de l'offre disponible sur le territoire à partir de systèmes d'information existants. Il décrit des situations spécifiques, notamment celles de populations particulièrement vulnérables du fait de leur âge ou de leur milieu de vie : les enfants et adolescents, les adultes de 18 à 64 ans suivis pour des troubles psychiques fréquents ou des troubles psychiques sévères et persistants, les personnes âgées et la population pénitentiaire. Il s'adresse

ainsi tant aux acteurs concernés dont les usagers des services de santé mentale, leurs proches, les professionnels de santé et du secteur social et médico-social qu'aux décideurs politiques nationaux et locaux et aux chercheurs.

► **Rules Vs. Discretion: Treatment Of Mental Illness In U.S. Adolescents**

CUDDY E. ET CURRIE J.
2020

NBER Working Paper Series ; 27890. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27890>

Mental health disorders are a leading cause of disability worldwide. Many mental health disorders start

in adolescence and appropriate treatment at the outset may improve trajectories. We use a large national data base of insurance claims to examine the impact of initial mental health treatment on the outcomes of adolescent children over the next two years. We find that receiving follow up mental health treatment in the first three months after an initial mental health claim increases the total cost of care over the next 24 months. These higher costs are entirely accounted for by children who receive treatment that is not consistent with practice guidelines. Our estimates imply that, within 24 months, children who initially received a red-flag drug have 205% higher costs than those of the average treated child and are 131% more likely to have used an emergency room or experienced a hospitalization. These results show that large numbers of U.S. children are receiving mental health care that falls outside of accepted guidelines and poses risks to their health. In doing so, they provide support for the guidelines themselves, and demonstrate that analyses of large-scale claims data can provide a useful complement to clinical research studies in identifying best practices.

► **Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires**

LEVESQUE P. ET ROBERGE M. C.

2020

Montréal INSPQ

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3073-impact-crise-sanitaire-economique-comportements-suicidaires-covid19>

Une synthèse des connaissances a été menée sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires. Elle suggère que la crise sanitaire pourrait aggraver des facteurs de risque de suicide reconnus comme la consommation d'alcool, l'isolement, la violence conjugale, les troubles du sommeil et le traitement médiatique favorisant une exposition répétée à des récits fatalistes; les populations qui cumulaient déjà ces facteurs avant la crise sanitaire seraient plus à risque de comportement suicidaire en contexte de pandémie; les personnes âgées, en raison d'un sentiment accru d'isolement; les enfants et les adolescents dont les difficultés personnelles et familiales pourraient être accentuées; les professionnels de la santé dont la détresse et les difficultés pourraient être augmentées considérant la nature de leur travail; les communautés rurales suite à une augmentation des facteurs de risque de suicide déjà présents; les

personnes avec des problèmes de santé mentale à cause d'une intensification des symptômes ou de la difficulté d'accès aux services. Les pertes d'emploi en période de pandémie ainsi que le recours à des prêts pour s'en sortir peuvent accroître le sentiment de perte de contrôle et conduire à des comportements suicidaires. Les actions à privilégier pour prévenir le suicide sont notamment le maintien d'une offre de services spécialisés en psychiatrie et de services spécifiques de santé mentale et la mise en place d'interventions pour favoriser la santé mentale et le bien-être des individus et des communautés.

► **Happy Pills? Mental Health Effects Of The Dramatic Increase Of Antidepressant Use**

MASIERO G., MAZZONNA F. ET STEINBACH S.

2020

IZA Discussion Paper ; 13727. Bonn IZA.

<http://ftp.iza.org/dp13727.pdf>

Despite the growing skepticism regarding the efficacy of antidepressants, global consumption has increased at an unprecedented rate with unknown implications for society. We estimate the causal effect of this increase on mental health outcomes using an instrumental variable strategy that exploits pharmaceutical company local market power and the availability of detailed drug sales data from Switzerland between 2002 and 2014. Our main instrument, a modified version of the popular shift-share instrument, relies on the national growth in antidepressant sales for pharmaceutical companies (the shift) – mainly due to product innovation – and assigns it locally using regional non-antidepressant market shares. Our estimates show that an increase in antidepressant sales causes a sharp increase of hospital admissions related to depression symptoms. An alternative instrument, which exploits prescribing practice spillovers from neighboring countries, leads to very similar point estimates providing further evidence about the validity of our results.

► **La prise en charge des psychothérapies dans les pays de l'OCDE**

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-psychotherapies-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de recenser la littérature scientifique portant sur les expérimentations de programmes de psychothérapie mis en place en Australie, au Royaume-Uni et dans d'autres pays de l'OCDE et remboursés par l'Assurance Maladie. Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur les bases de données et portails suivants : Irdes, Bdsp, Medline, Econlit, Science direct, Cairn, Erudit, Google Scholar sur la période allant de 2000 à avril 2019. Les références bibliographiques sont accompagnées de résumés et classées par ordre alphabétique d'auteurs. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

► **Information sur les troubles psychiques sur le web : cartographie des acteurs**

SAGET E. ET CANA A.

2020

Paris : Psycom

www.psycom.org/Espace-Presses/Actualites-du-Psycom/Information-sur-les-troubles-psychiques-sur-le-web-Psycom-publie-une-cartographie-des-acteurs

Réalisée à la demande de Santé publique France, cette cartographie élaborée par Psycom rassemble pour la première fois, une cartographie des acteurs produisant des contenus web sur les troubles psychiques. Cette cartographie est conçue comme une boussole permettant de s'orienter sur le web, où plusieurs centaines d'acteurs publient des contenus traitant des troubles psychiques.

► **Socioeconomic Burden Of Mental Disorders In Spain 2006-2017**

STOYANOVA A. ET PINILLA DOMINGUEZ J.

2019

UB Economics Working Papers; 2019/389. Barcelone Université de Barcelone

<https://econpapers.repec.org/paper/ewpwpaper/389web.htm>

Mental health is not only the lack of mental disorders but is considered a crucial resource for overall health and well-being (including employment and productivity). The current paper tries to shed some light on the evolution of mental well-being over a period of 15 years, including the years before, during and after the most recent economic downturn. We use data coming from the Spanish National Health Surveys of 2006/2007, 2011/2012 and 2016/2017. Mental health is proxied by two measures, doctor-diagnosed mental disorder and psychological distress (based on GHQ-12). To account for the causal relationship between the two mental health indicators, we estimate a bivariate probit model. We observe different patterns of the two mental health indicators over time. Psychological distress increased during recession years, due to major risk factors as unemployment and loss of socioeconomic status. Even though the need for mental healthcare increased during the recession, the fact that fewer people were diagnosed suggests that barriers to access to mental healthcare may be aggravated during the crisis.

Soins de santé primaires

Primary Healthcare

► **Pour une médecine sociale**

MENARD D.

2020

Paris : éditions Anne Carrière

Ce livre, résolument militant et nourri par l'expérience de terrain du docteur Didier Ménard, révèle la crise du système de soins libéral plombé par une idéologie conservatrice et une économie à la dérive. Au fil des pages, Didier Ménard revient sur son parcours atypique et sa pratique engagée de la médecine sociale au cœur

d'un quartier populaire : le Franc-Moisin à Saint-Denis (93). Et on découvre comment l'institution politique a cherché, réforme après réforme, à éloigner soignés et soignants. Mais on voit apparaître, grâce à l'engagement d'hommes et de femmes aux valeurs humanistes, la possibilité d'une solution pour une politique de santé cohérente, adaptée au besoin de la population sur un territoire. Défendue et développée par l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), la médecine sociale est observée par les politiques de tous bords depuis quarante ans. Alors que le pays a été touché

par une crise sanitaire sans précédent, il est temps de retracer une partie de son histoire et de reconnaître, enfin, l'efficacité de la santé communautaire.

► **International Comparison Of Specialist Care Organization: Innovations In Five Countries (England, Germany, Italy, Netherlands, United States). Italy: Multidisciplinary Networks In Tuscany**

MICHEL L. ET OR Z.

2020

Rapport Irdes ; 574. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/574-international-comparison-specialist-care-organisation-italy-multidisciplinary-networks-in-tuscany.pdf>

Under pressure of increasing demand for healthcare from an ageing population with multiple chronic conditions, France, as other countries, seeks to advance care coordination across primary, hospital and long-term care sectors. Specialists play an essential role in treating patients with chronic conditions, but little attention is given to their organization out of hospitals, and their role in enhancing care coordination and patient-centered care provision. In order to investigate different ways in which specialists are working out of hospital to integrate primary and social care, we carried out case studies in five countries (England, Germany, Italy, Netherlands, England and United States). In each study, we examined how specialist care is organised around specific health conditions for integrating care

in community. The two case studies presented here for Italy describe the organization and functioning of multidisciplinary networks managing diabetic foot and heart failure patients in the Tuscany region. This first volume in English inaugurates a new series of Rapports de l'Irdes (IRDES Reports), titled «Etudes de cas» (Case studies).

► **La médecine de précision ou la médecine personnalisée**

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-de-precision-ou-la-medecine-personnalisee.pdf>

La médecine de précision est un modèle médical qui propose la personnalisation des soins de santé - les décisions médicales, les traitements, les pratiques ou les produits étant adaptés au patient individuel. L'objectif de cette bibliographie est d'identifier de la littérature française et internationale sur la médecine de précision, et notamment sur les aspects économiques. Les recherches ont été réalisées sur les bases et portails suivants : Base de l'Irdes, Banque de données en santé publique (Bdsp), Cairn, Medline, Econlit... sur une période de dix années. Les mots-clefs utilisés en langage anglo-saxon sont les suivants : Precision medicine (Mesh term), Precision health, Personalized medicine.

Systèmes de santé

Health systems

► **Assessing The Future Medical Cost Burden For The European Health Systems Under Alternative Exposure-To-Risks Scenarios**

GORYAKIN Y., THIEBAUT S., CORTAREDONA S., *et al.*

2020

Plos One 15(9).

<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0238565>

Background: Ageing populations and rising prevalence of non-communicable diseases (NCDs) increasingly contribute to the growing cost burden facing European

healthcare systems. Few studies have attempted to quantify the future magnitude of this burden at the European level, and none of them consider the impact of potential changes in risk factor trajectories on future health expenditures. Methods: The new microsimulation model forecasts the impact of behavioural and metabolic risk factors on NCDs, longevity and direct healthcare costs, and shows how changes in epidemiological trends can modify those impacts. Economic burden of NCDs is modelled under three scenarios based on assumed future risk factors trends: business

as usual (BAU); best case and worst case predictions (BCP and WCP). Findings: The direct costs of NCDs in the EU 27 countries and the UK (in constant 2014 prices) will grow under all scenarios. Between 2014 and 2050, the overall healthcare spending is expected to increase by 0.8% annually under BAU. In the all the countries, 605 billion Euros can be saved by 2050 if BCP is realized compared to the BAU, while excess spending under the WCP is forecast to be around 350 billion. Interpretation: Although the savings realised under the BCP can be substantial, population ageing is a stronger driver of rising total healthcare expenditures in Europe compared to scenario-based changes in risk factor prevalence.

► **La couverture santé dans les pays de l'OCDE**

PARIS V.
2020

Sève : Les Tribunes De La Sante(65): 47-59.

Cet article décrit les mécanismes de financement mobilisés dans les pays de l'OCDE pour assurer une couverture santé à leurs résidents. La couverture santé de base est le plus souvent garantie par le gouvernement ou l'assurance sociale. L'assurance privée facultative offre dans deux tiers des pays de l'OCDE un second niveau de couverture (duplicatif, complémentaire et/ou supplémentaire). Ces types de couverture santé et les mécanismes de financement qui les sous-tendent diffèrent dans leur capacité à collecter des ressources pour le système de santé, à mutualiser les risques et à assurer une redistribution (horizontale et verticale). La couverture de base est effectivement universelle dans deux tiers des pays de l'OCDE et offre très souvent un panier de soins homogène. On observe certaines régularités entre le type de couverture et l'organisation et la rémunération des offreurs de soins, mais il est plus compliqué d'établir un lien entre « type » de couverture et accès aux soins, état de santé et inégalités de santé et d'accès aux soins.

Travail et santé

Occupational Health

► **If Sick-Leave Becomes More Costly, Will I Go Back To Work? Could It Be Too Soon?**

MARIE O. ET VALL CASTELLO J.
2020

IEB Working Paper ; 2020/09. Barcelone IEB.

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3685839&dgcid=ejournal_html_email_health:the:economy:ejournal_abstractlink

We investigate the impact on work absence of a massive reduction in paid sick leave benefits. We exploit a policy change that only affected public sector workers in Spain and compare changes in the number and length of spells they take relative to unaffected private sector workers. Our results highlight a large drop in frequency mostly offset by increases in average duration. Overall, the policy did reduce number of days

lost to sick leave. For some, return to work may have been premature as we document very large increases in both the proportion of relapses and the working accidents rate.

► **Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information »**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2020

Paris Ministère chargé de la santé

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2020.pdf

L'actualité fait régulièrement état de suicides de personnes sur leur lieu de travail ou de témoignages de personnes qui se sont suicidées en incriminant leurs

conditions de travail. La perte d'un emploi et la situation de chômage peuvent également fragiliser les personnes et entraîner un risque suicidaire. Que signifient ces suicides liés à la situation professionnelle ? Comment les prévenir ? Dénombrer les suicides liés au travail ou au chômage est un exercice délicat. La part qu'ont représentés les facteurs professionnels dans la décision de la personne de mettre fin à ses jours est difficile à évaluer. Pourtant, ce geste ne peut pas être réduit à une fragilité individuelle et les conditions de travail ou le vécu du chômage sont souvent en cause.

Face à cette réalité, des mesures concrètes de prévention du suicide sont mises en œuvre dans de nombreuses professions, celles s'adressant aux chômeurs restent, en revanche, à construire. Pour ce quatrième rapport, l'Observatoire national du suicide apporte des éclairages académiques, statistiques et juridiques sur les suicides liés au travail et au chômage. Il offre également un état des lieux des évolutions des systèmes d'information pour améliorer la mesure globale des suicides et éclairer les liens avec la situation professionnelle et la santé mentale.

Vieillessement

Aging

► **Analyse de l'activité hospitalière 2018. Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION
2020

Lyon Atih

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2018-focus-sur-les-patients-ages-de-80-ans-et-plus>

Dans le cadre de l'analyse annuelle de l'activité hospitalière, l'Atih réalise un focus sur les hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus. L'objectif est de décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018, d'étudier les parcours de soins hospitaliers de ces patients, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps. En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients. Parmi eux, 1 patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus soit 1,6 million de patients. Dans cette classe d'âge, 40 % de la population a eu recours à au moins une hospitalisation en 2018.

► **ENC Ehpad 2018 : note de fin de campagne**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION
2020

Lyon Atih

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3172/note_fin_de_campagne_enc_ehpad_2018.pdf

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont présenté ce 23 octobre les résultats de la dernière étude nationale de coûts (ENC) Ehpad. Réalisée sur les données financières 2017 de 78 établissements, extrapolées à la population de référence*, l'étude consacrée aux dépenses de la prise en charge en Ehpad en 2018 permet d'estimer le coût journalier moyen entre 83 et 133 euros (€) selon le profil des résidents, contre 84 et 133 € en 2017. Après une augmentation importante des coûts observée entre 2016 et 2017 due à l'application de la réforme du financement, l'Atih observe ainsi une « certaine stabilisation » de l'évolution des coûts, en « légère hausse » (+1,3 % en moyenne, contre +4,4 % en 2016).

► **Aider un proche : une situation à risques**

ALBEROLA E. ET MULLER J.

2020

Consommation Et Modes De Vie(314).

<https://www.credoc.fr/publications/aider-un-proche-une-situation-a-risques>

En France, la famille est la pierre angulaire de la prise en charge à domicile des personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie en raison de l'avancée en âge ou du handicap. Cette aide privée, informelle, a longtemps été considérée comme « naturelle », rendant invisible l'importance de l'action de ces aidants proches alors que leur contribution au soutien de l'autonomie au domicile serait comprise entre 12 et 21 milliards d'euros. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 (loi ASV) reconnaît juridiquement la fonction d'aidant. En réponse à la disponibilité des aidants et à leur épuisement, elle leur confère un droit au répit et instaure un congé indemnisé pour l'accompagnement d'un proche en perte d'autonomie importante. La Cnav a souhaité mieux connaître les relations entre aidants et aidés et leurs besoins afin de les accompagner au mieux dans leur parcours. L'enquête menée par le Credoc en février 2020 auprès de plus de 3 000 aidants révèle des difficultés à organiser l'aide et des situations parfois conflictuelles au moment de prendre des décisions. Des situations qui peuvent dégrader les relations avec la personne aidée et avec les autres aidants. Les aidants se sentent souvent isolés, en manque d'information, de reconnaissance et de répit. L'impact est souvent fort sur leur état de santé et leur vie sociale.

► **The Economics Of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing Safety For The Long Haul**

BIENASSIS K. D., LLENA-NOZAL A. ET KLAZINGA N.

2020

OECD Health Working Papers ; 121. Paris OCDE.

<https://dx.doi.org/10.1787/be07475c-en>

Long-term care (LTC) institutions are now providing care to a greater number of people, and more residents with chronic conditions and multiple co-morbidities, than ever before. Trends suggest this strain will continue to increase as OECD populations continue to age. The total cost of avoidable admissions to hospitals from LTC facilities in 2016 was almost USD 18 Billion, equivalent to 2.5% of all spending on hospital inpatient care or 4.4% of all spending on LTC. Research shows

that over half of the harm that occurs in LTC is preventable, and over 40% of admissions to hospitals from LTC are avoidable. The root causes of these events can be addressed through improved prevention and safety practices and workforce development—including skill-mix and education. Targeted investments in a number of key areas can have a significant impact by mitigating the main cost drivers of adverse events in LTC.

► **Long-Term Care Insurance : Information Frictions And Selection**

BOYER M., DE DONDER P., FLUET C., *et al.*

2020

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02929780/document>

This paper conducts a stated-choice experiment where respondents are asked to rate various insurance products aimed to protect against financial risks associated with long-term care needs. Using exogenous variation in prices from the survey design and individual cost estimates, these stated-choice probabilities are used to predict market equilibrium for long-term care insurance. Our results are twofold. First, information frictions are pervasive. Second, measuring the welfare losses associated with frictions in a framework that also allows for selection, it is found that information frictions reduce equilibrium take-up and lead to large welfare losses while selection plays little role.

► **Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) - Rapport final**

BRICARD D., OR Z. ET PENNEAU A.

2020

Les rapports de l'Irdes ; 575. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/575-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Institut de

recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) vise à porter un jugement global sur l'impact de l'expérimentation, en tenant compte des spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport dresse un bilan de l'évaluation et présente les résultats finaux sur les données 2010-2017, trois ans après le lancement de Paerpa.

► **Démarche prospective de la CNSA. Chapitre 3. Quel financement pour les politiques d'autonomie ? Vers la cinquième branche de protection sociale**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2020

Paris CNSA

Dans son chapitre prospectif, le Conseil de la CNSA interroge le financement des politiques d'autonomie à l'aune de la 5^e branche de protection sociale.

► **Conseil d'Orientation des retraites : note d'étape pour le premier ministre**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2020

Paris COR

<https://www.cor-retraites.fr/node/544>

En août 2020, le Premier ministre a demandé au Conseil d'orientation des retraites (COR) d'évaluer la situation financière du système de retraite au regard de la crise sanitaire et économique. En 2020, la très forte contraction des ressources associée au repli du PIB (-10 %) ne serait pas compensée par la faible diminution des dépenses liée à la faible surmortalité des retraités enregistrée jusqu'à présent. En conséquence, le solde du système de retraite se creuserait très massivement et atteindrait 25,4 milliards d'euros (2019), soit -1,1 % du PIB. Cette forte dégradation du déficit serait de nature conjoncturelle. À l'horizon 2024, la croissance reviendrait au niveau envisagé avant-crise, mais le PIB en volume resterait durablement en deçà de ce qui était prévu avant la crise sanitaire, en décrochage de l'ordre de 2,5 % par rapport à ce qui était anticipé en novembre 2019. La part des ressources dans le PIB reviendrait à son niveau de 2019 (13,4 %) tandis que la part des dépenses resterait plus élevée qu'attendu (14 % contre 13,8 %). À cet horizon, le PIB reviendrait sur sa trajectoire de croissance équilibrée et le solde

serait de nature essentiellement structurelle, de l'ordre d'un demi-point de PIB soit 13,3 milliards d'euros 2019. À plus long terme (fin des années 2020) selon des estimations encore provisoires, la trajectoire des dépenses en pourcentage du PIB rejoindrait celle anticipée avant 2020. Le taux de prélèvement sur la richesse créée par les actifs nécessaires pour financer les retraites serait en diminution progressive.

► **Atlas de la fin de vie et des soins palliatifs en France**

COUSIN F., GONCALVES, T. ET *et al.*

2020

Paris C.N.S.P.F.V.

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/qui-sommes-nous/atlas-des-soins-palliatifs-et-de-la-fin-de-vie/>

De quoi et où meurent les Françaises et Français ? Quelle est l'offre sanitaire globale mais aussi plus spécifiquement de soins palliatifs aujourd'hui en France ? Quel est le profil des patients pris en charge dans les unités de soins palliatifs ? Quelle est la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans les statistiques de mortalité ? Quelles sont leurs particularités ? Observe-t-on des différences géographiques concernant toutes ces données ? Cet Atlas national a vocation à répondre à ces multiples questions pour aider le lecteur à appréhender les enjeux et les réalités de l'accompagnement de la fin de vie et de la place des soins palliatifs en France aujourd'hui. Il rassemble des données démographiques, sanitaires qui sont analysées le plus finement possible pour mettre en lumière les spécificités départementales en termes d'offre sanitaire mais aussi de besoins des patients dans leurs trajectoires de fin de vie.

► **Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable**

DENORMANDIE P. ET CHEVALIER C.

2020

Paris Secrétariat d'Etat aux Personnes Handicapées.

Ce rapport émet des recommandations pour améliorer le recours aux aides techniques, à travers un accompagnement renforcé des personnes âgées ou handicapées. Il dresse un diagnostic très étayé du système actuel et des difficultés trop souvent rencontrées par les personnes, et formule de nombreuses proposi-

tions concrètes, pour mieux évaluer les besoins des personnes et accompagner la prise en main des aides techniques, pour améliorer leur financement et baisser les restes à charge, pour renforcer la qualité du service rendu par les fabricants et les distributeurs, pour faire évoluer la gouvernance de ces politiques publiques, et enfin pour stimuler la recherche et l'innovation.

► **Health Of Elderly Parents, Their Children's Labor Supply, And The Role Of Migrant Care Workers**

FRIMMEL W., HALLA M., PAETZOLD J., *et al.*
2020

DIW Berlin Discussion Paper ; 1902. Berlin D.I.W.

https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.800142.de/dp1902.pdf

We estimate the impact of parental health on adult children's labor market outcomes. We focus on health shocks which increase care dependency abruptly. Our estimation strategy exploits the variation in the timing of shocks across treated families. Empirical results based on Austrian administrative data show a significant negative impact on labor market activities of children. This effect is more pronounced for daughters and for children who live close to their parents. Further analyses suggest informal caregiving as the most likely mechanism. The effect is muted after a liberalization of the formal care market, which sharply increased the supply of foreign care workers.

► **Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)**

MIRON DE L'ESPINAY A. ET ROY D.
2020

Etudes Et Résultats (Drees) (1172)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1172.pdf>

En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la Drees, conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en établis-

sements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes. Cependant, favoriser le maintien à domicile et limiter les places en Ehpad, comme le plébiscitent les politiques actuelles, pourrait entraîner le report d'une partie des seniors vers des formes d'habitat intermédiaire entre les logements ordinaires et les Ehpad, comme les résidences autonomie. Le nombre de personnes en résidence autonomie, qui s'élève actuellement à un peu plus de 100 000, devrait alors être multiplié par 1,5 à 2,5 en 2030 par rapport à aujourd'hui, selon les scénarios d'évolution du nombre de places en Ehpad retenus. Les Ehpad se concentreraient alors sur l'accueil des seniors les plus dépendants. Dans une hypothèse plus optimiste, où l'espérance de vie sans perte d'autonomie augmenterait d'autant d'années que l'espérance de vie globale, le maintien du rythme d'ouverture de nouvelles places en Ehpad observé depuis 2012 suffirait pour conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des seniors en perte d'autonomie entre 2020 et 2050.

► **Santé des proches aidants et intervention en santé publique - analyse de la littérature internationale**

OBSERVATOIRE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE
2020

Paris ORSIF.

www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/Aidants/FOCUS_sante_aidant.pdf

En France, plus de 8 millions de personnes aident de façon régulière et à domicile une personne de leur entourage pour des raisons de santé ou de handicap (Enquête Handicap-Santé 2008). Ces proches aidants jouent un rôle crucial qui a des conséquences sur leur propre vie et notamment sur leur santé. Ce Focus santé, réalisé à la demande du Conseil régional identifie la diversité des profils des proches aidants, pose les enjeux de santé et présente des interventions de santé publique appuyées à un protocole scientifique. Il a été mené à partir d'une revue de littérature internationale. Il est publié à l'occasion de la journée nationale des aidants du 6 octobre 2020.

► **Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?**

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

2019

Paris ONDPS

<https://www.vie-publique.fr/rapport/276809-personnes-agees-poly-pathologiques-quels-enjeux-de-demographie-medicale>

Ce rapport a été réalisé à la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé. Les informations y figurant ont été recueillies au cours de l'année 2018 et début 2019. Ce rapport présente les principaux enseignements issus du groupe de travail consacré aux impacts de l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques sur les besoins en formation et la répartition des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne, en gériatrie, en médecine polyvalente et en médecine générale. Les travaux de ce groupe se sont appuyés sur l'expertise des professionnels eux-mêmes, sur la base d'auditions et de contributions écrites, sur des enquêtes de terrain et sur des analyses démographiques. Les contributions des professionnels de santé enseignants, en activité et en formation sont publiées dans leur intégralité dans la Partie III du rapport.

► **Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?**

OR Z., BRICARD D. ET PENNEAU A.

2020

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(252).

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, est un programme visant à faire progresser la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau local. Le nombre et la diversité des dispositifs proposés et des acteurs impliqués dans la mise en place des projets rendent cette expérimentation et son évaluation complexes. Cet article dresse un bilan des résultats et des principaux enseignements de l'évaluation d'impact de l'expérimentation, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Globalement, l'expérimentation a un effet modeste, mais significatif, pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences, sans

pour autant en avoir sur les hospitalisations des personnes âgées. La faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa explique en partie ces résultats. Les analyses par territoire montrent que les résultats globaux sont portés par quelques territoires dont les contextes locaux ont permis une plus forte adhésion des professionnels de santé. Si les Plans personnalisés de santé (PPS), visant à renforcer la prise en charge globale des personnes âgées, ont permis d'enclencher une prise en charge médico-sociale au domicile des personnes âgées les plus fragiles avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur le recours à l'hôpital et la polymédication. Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il semble nécessaire de créer des passerelles plus formalisées entre les professionnels de ville, y compris les médecins spécialistes, les soignants à domicile et les acteurs hospitaliers.

► **The Relationship Between Social Care Resources And Healthcare Utilisation By Older People In England: An Exploratory Investigation**

PACE M. L., LIU D., GODDARD M., *et al.*

2020

CHE Research Paper Series ; 174. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP174_social_care_resources_healthcare_utilisation.pdf

The overarching aims of our study are to explore the effects of changes in local authorities social care resources on older people in terms of healthcare utilisation and the use of NHS Continuing Care (NHS CHC). Where data permit, we focused on outcomes for people with dementia, as these individuals have complex needs that straddle the health and social care interface. The paper contributes to a growing literature exploring the interdependencies between social care and healthcare.

► **L'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes : Éléments de comparaison internationale. Bibliographie thématique**

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2020

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-institutionnalisation-des-personnes-agees-dependantes-elements-de-comparaison-internationale.pdf>

Cette bibliographie a pour objectif d'identifier de la littérature scientifique (articles, ouvrages, rapports, littérature grise ...) sur l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes dans les pays de l'OCDE. Les aspects principalement documentés sont : • La description des politiques d'aide à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en comparaison internationale. Quand intervient l'institutionnalisation ? Peut-on identifier des modèles nationaux ? • Quels sont les poids des déterminants culturels et institutionnels, notamment le rôle de la famille et les capacités de prise en charge par les aidants dans la construction des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? • Comment améliorer le système d'information statistique français à partir des expériences étrangères ?

► **Promoting Aging In Place Through Flexible Care Options: Recent Developments From The Netherlands**

TENAND M., HUSSEM A. ET BAKX P.

2020

Sl : Hal

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02985777/document>

Libre choix, maintien à domicile, accessibilité financière et maîtrise des dépenses publiques sont au cœur des débats sur la prise en charge de la dépendance. Afin de mieux concilier ces objectifs, les Pays-Bas ont développé de nouvelles prestations dépendance : les forfaits à domicile (VPT et MPT) et les prestations monétaires (PGB). Celles-ci permettent à la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge globale tout en restant théoriquement à son domicile. Le rôle joué par ces nouvelles options de prise en charge est à ce jour peu documenté. Cet article explique leur fonctionnement, notamment du point de vue du partage des coûts entre puissance publique et bénéficiaire, et mobilise différentes sources statistiques (données administratives individuelles et données agrégées)

pour éclairer les développements récents. Davantage mobilisés par les moins dépendants mais aussi par les bénéficiaires les plus aisés, ces financements semblent contribuer autant au maintien à domicile qu'au développement d'établissements privés non-conventionnés. En participant au développement d'un système de prise en charge à deux vitesses, ils pourraient remettre en cause l'équité dans la prise en charge et dans son financement qui sous-tend l'assurance sociale dépendance néerlandaise. Le cas des Pays-Bas fournit une illustration de la difficulté à mettre au point des dispositifs permettant de concilier libre choix et universalité de la prise en charge.

Index des auteurs Author index

A

Adjerad R.....	11
Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail.....	23
Agence Nationale d'Appui à la Performance.....	28
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.....	51
Alberola E.....	52
Albouy V.....	36
Andler R.....	24
Anthony E.....	37
Apec.....	21
Auraaen A.....	45

B

Bakkine A.....	21
Bakx P.....	56
Beaudet T.....	11
Bec C.....	11 , 12
Bensadon A. C.....	43
Berger E.....	34
Bergeron T.....	28
Bernadi V.....	28
Bienassis K.....	52
Bivand R. S.....	27
Blanpain N.....	17
Boisguerin B.....	31
Boyer M.....	52
Bricard D.....	52 , 55
Buisson G.....	28
Buresi G.....	37

C

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.....	53
Cana A.....	48
Castaigne S.....	32
Chapman S.....	40

Chatellier C.....	32
Chaumel D.....	13
Chevalier C.....	53
Cnam.....	12
Coldefy M.....	46
Comité Consultatif National d'Ethique.....	37
Comité Interministériel du Handicap.....	29
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.....	17 , 29 , 33 , 40
Conseil d'Orientation des Retraites.....	53
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale.....	37
Cormuet F.....	37
Cortaredona S.....	49
Cour des Comptes.....	12 , 18 , 21 , 32 , 41
Courtejoie N.....	11
Cousin F.....	53
Cremieux A. C.....	41
Cuddy E.....	46
Currie J.....	46
Cutler D. M.....	37
Cygan-Rehm K.....	45

D

Dauphin L.....	28
De Donder P.....	52
Défenseur des Droits.....	38
Delaporte A.....	31
De Larosa G.....	28
Delatte M.....	34
Delmas F.....	36
Denormandie P.....	53
De Peretti C.....	33
Deroyon T.....	17
Desforges C.....	16
Desjeux C.....	29
Diallo C. T.....	45
Dixte C.....	34
Doshas Consulting.....	21
Dru A.....	32

E

Espagnacq M.....	30
Espinay A.....	54
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.....	23

F

Fédération Nationale de la Mutualité Française	38
Fédération Nationale des Établissements d'HAD.....	22
Fillion E.....	31
Fleuret S.....	27, 43
Fluet C.....	52
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire ...	13
Fouquet M.....	13
France Assos Santé.....	38
France Stratégie.....	38
Frean M.....	19
Frimmel W.....	54
Fuchs V. R.....	18
Fusco F.....	22

G

Gabet A.....	24
Gandre C.....	46
Gateaud G.....	31
Goddard M.....	55
Gombert F.....	11, 14
Gomez-Rubio V.....	27
Goncalves, T.....	53
Gordon A. S.....	19
Goryakin Y.....	49
Graff J. S.....	25
Grand A.....	44
Gratieux L.....	13, 16
Griffin S.....	22
Guccio C.....	34
Guignard R.....	24
Guillon M.....	25
Gyarmati D.....	18

H

Halla M.....	54
Haut Conseil de la Santé Publique.....	44
Haut Conseil des Finances Publiques.....	18
Haute Autorité de Santé.....	29
Helliwell J. F.....	18
Henry G. T.....	46
Houot M.....	24
Hourdel A.....	25
Hussem A.....	56

I

Iizuka T.....	19
Insee.....	19
Institut National du Cancer.....	26
Isaac-Sibille C.....	22

J

Jarlier V.....	41
Joanette Y.....	44
Joyce C. M.....	18
Jung J.....	42

K

Karbownik K.....	45
Klasingai N.....	45
Klazinga N.....	52
KPGM.....	29
Kreif N.....	14

L

Laffeter Q.....	34
Laforgerie F.....	39
Le Bayon D.....	14
Le Retif S.....	25
Leroux I.....	45
Levesque P.....	47
Lhommeau B.....	28
Lidsky V.....	13
Lien H.....	19
Lipsey M. W.....	46

Lisi D.	34
Liu D.	55
Llena-Nozal A.	52
Lochard Y.	12
Loperti R.	40
Lucarelli C.	19

M

Maclean J. C.	41
Maillard L.	35
Mallatt J.	41
Marie O.	50
Maroto M.	30
Martorana M. F.	34
Masiero G.	47
Mas J. L.	24
Mazzonna F.	47
Meara E.	37
Médecins du Monde.....	39
Menard D.	48
Michel L.	49
Milon A.	35
Ministère chargé de la Santé.....	35 , 50
Mirelman A.	14
Moreno-Serra R.	14
Mossialos E.	16
Muller J.	52

N

Naidoo B.	22
Neidell M. J.	25
Nuytten B.	43

O

Observatoire de la Pauvreté	39
Observatoire de Santé Ile-de-France.....	26 , 54
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé	55
OCDE	43
Or Z.	49 , 52 , 55
Ott M. O.	43

P

Pace M. L.	55
Paetzold J.	54
Paris V.	11 , 40 , 50
Pawson R.	46
Penneau A.	30 , 52 , 55
Perronnin M.	15
Pettinicchio D.	30
Pichetti S.	30
Pinilla Dominguez J.	48
Pougheon J.	14

R

Rafot L.	37
Ramassamy N.	34
Rapoport H.	37
Ravaud J. F.	31
Raynaud D.	15
Rebesma E.	27
Reinier M.	25
Richard J. B.	24
Roberge M. C.	47
Rossi P. H.	46
Roy D.	54
Ruhm C. R.	41

S

Safon M. O.	26 , 30 , 36 , 44 , 47 , 49 , 56
Sagan A.	16
Saget E.	48
Samek A.	20
Sanders N. J.	25
Schnitzler A.	33
Schunemann J.	20
Secours Catholique.....	39
Shapira I.	16
Shigeoka H.	19
Steinbach S.	47
Stewart S.	37
Stoyanova A.	48
Strulik H.	20
Suhard V.	30 , 44 , 47 , 56
Sydnor J. R.	20

T

Tao X.	19
Tenand M.....	56
Thiebaut S.....	49
Think tank Numérique DM et Santé	23
Thomson S.....	16
Tisseron S.	24
Toko S.....	21
Trimborn T.....	20

V

Vall Castello J.	50
Van Des Steeg F.....	25
Vanlerenberghe J. M.....	20
Ville I.....	31

W

Waneck T.	16
Willemot A.....	31
Woimant F.	33

Y

Yon A.....	25
------------	----