

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juin 2020 / June 2020

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé-Technologies médicales	<i>E-health-Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology- Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Aging</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 9 **Accounting For Protest Attitudes In Willingness To Pay For Universal Health Coverage**
Abu-Zaineh M., Chanel O., Makhloufi K., et al.
- 9 **Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence**
Atal J. P., Fang H. et Karlsson M.
- 9 **L'incidence des Réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées. Avis-note et synthèse**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 9 **Do People Have A Bias For Low-Deductible Insurance?**
Kunreuther H. et Pauly M.
- 10 **Out Of The Woodwork: Enrollment Spillovers In The Oregon Health Insurance Experiment**
Sacarny A., Baicker K. et Finkelstein A.

Démographie

Demography

- 10 **Logements suroccupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires**
Bernard V., Gallic G. et Leon O.

E-santé-Technologies médicales

E-health-Medical Technologies

- 11 **Using Machine Learning To Predict Nosocomial Infections And Medical Accidents In A NICU**
Beltempo M., Bresson M. et Lacroix G.
- 11 **Accessibilité numérique, entre nécessité et opportunité**
Conseil national du numérique

- 11 **L'usage des technologies de l'information et de la communication par les ménages entre 2009 et 2019. Enquêtes sur les TIC auprès des ménages**
Insee
- 12 **Doctrine technique du numérique en santé : ma santé 2022**
Ministère chargé de la santé
- 12 **Stratégies numériques de diffusion auprès des décideurs, des résultats des chercheurs en santé publique**
Montagni I., Stahl-Timmins W., Monneraud L., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 12 **The Long Term Care Insurance Puzzle : Modeling And Measurement**
Ameriks J., Briggs I., Caplan A., et al.
- 13 **Medical Spending, Bequests, And Asset Dynamics Around The Time Of Death**
Bailey Jones J., De Nardi M. et French E.
- 13 **Financing The Consumption Of The Young And Old In France**
D'Albis H., Bonnet C., Chojnicki X., et al.
- 13 **The Macroeconomics Of Epidemics**
Eichenbaum M. S., Rebelo S. et Trabandt M.
- 14 **Macro-Fiscal Implications Of Health Care Reform In Advanced And Emerging Economies**
Fonds Monétaire International
- 14 **Understanding Cross-Country Differences In Health Status And Expenditures**
Fonseca R., Langot F. et Michaud P. C.
- 14 **Case Studies: France**
Gandre C., Or Z., Hall J., et al.
- 14 **Catastrophic Out-Of-Pocket Health Care Costs: A Problem Mainly For Middle-Income Americans With Employer Coverage?**
Glied S. A. et Zhu B.

- 15 **Applying The Three Core Concepts Of Economic Evaluation In Health To Education In The UK**
Hinde S., Walker S. et Lortie-Forgues H.
- 15 **Are Substitute Services A Barrier To Controlling Long-Term Care Expenditures?**
Kattenberg M. et Bakx P.
- 15 **Au titre de la politique familiale, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants atteignent 4,7 % du PIB en 2017 - Compte de l'enfance**
Pilorge C., Glotain M. et Omalek L.
- 15 **Can People Afford To Pay For Health Care? New Evidence On Financial Protection In Poland**
Tambor M. et Pavlova M.

État de santé Health status

- 16 **Chain Restaurant Calorie Posting Laws, Obesity, And Consumer Welfare**
Courtemanche C. J., Frisvold D. E., Jimenez-Gomez D., et al.
- 16 **News That Takes Your Breath Away: Risk Perceptions During An Outbreak Of Vaping-Related Lung Injuries**
Dave D. M., Dench D. L., Kenkel D. S., et al.
- 17 **Troubles du spectre de l'autisme en France : Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système national des données de santé (SNDS), France, 2010-2017**
Ha C., Chin F. et Chan Chee C.
- 17 **World Cancer Report : Cancer Research For Cancer Prevention**
International Agency for Research on Cancer
- 18 **Macroeconomic Conditions And Health In Britain: Aggregation, Dynamics And Local Area Heterogeneity**
Janke K., Lee K., Propper C., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 18 **Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé**
Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Fleuret S., et al.

Handicap Disability

- 19 **Le non-recours aux établissements et services médico-sociaux**
Bourgarel S., Marabet B., Gerardin I., et al.
- 19 **Le rôle des SAAD familles auprès des enfants et des parents en situation de handicap : rapport final**
Desjeux C., Guchet F. et Lorient C.

Hôpital Hospital

- 19 **Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues**
Delbos V., Danel A., Emmanuelli J., et al.
- 20 **Healthcare Quality, Patients' Satisfaction, And Hospital Incentives In France**
Lescher M. et Sirven N.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 20 **Coordination Of Health Care: Experiences Of Barriers To Accessing Health Services Among Patients Aged 45 And Over 2016**
Australian Institute of Health and Welfare
- 20 **A Global Profile Of Emigrants To OECD Countries. Younger And More Skilled Migrants From More Diverse Countries**
D'Aiglepierre R., David A., Levionnois C., et al.
- 21 **Psychological Resilience To Major Socioeconomic Life Events**
Etile F., Fritjers P. et Johnston D. W.
- 21 **Early Childhood Education And Life-Cycle Health**
Garcia J. L. et Heckman J. J.
- 21 **L'immigration en France : situation sanitaire et sociale**
Gentilini M. et Kerouedan D.
- 22 **La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen**
Girard V., Estecahandy P. et Chauvin P.

22 **Education And Health Over The Life Cycle**

Kaestner R., Schiman C. et Ward J. M.

22 **Working And Disability Expectancies At Old Ages: The Role Of Childhood Circumstances And Education**

Lorenti A., Hale J. M., Dudel C., et al.

23 **Health Equity In England: The Marmot Review 10 Years On**

Marmot M., Allen J., Boyce T., et al.

23 **Factors Affecting Access To Treatment Of Early Breast Cancer: Case Studies From Brazil, Canada, Italy, Spain And UK**

Rodriguez-Rincon D., Leach B., D'Angelo C., et al.

23 **Cream Skimming By Health Care Providers And Inequality In Health Care Access: Evidence From A Randomized Field Experiment**

Werbeck A., Wübker A. et Ziebarth N. R.

Médicaments

Pharmaceuticals

24 **The Effect Of Reinsuring A Deductible On Pharmaceutical Spending: A Dutch Case Study On Low-Income People**

Non M., Douven R., Van Kleef F., et al.

Méthodologie-Statistique

Methodology- Statistics

24 **Variation In Performance Of Commonly Used Statistical Methods For Estimating Effectiveness Of State-Level Opioid Policies On Opioid-Related Mortality**

Griffin B. A., Schuler M. A., Stuart E. A., et al.

Politique publique

Public Policy

25 **Health Capital Provision And Human Capital Accumulation**

Azarnert L. V.

Prévention

Prevention

25 **Incentivizing Behavioral Change: The Role Of Time Preferences**

Aggarwal S., Dizon-Ross R. et Zucker A. D.

25 **The Economics Of Tobacco Regulation: A Comprehensive Review**

Decicca P., Kenkel D. S. et Lovenheim M. F.

26 **Dépistage. Quand est-il approprié ? Comment le réaliser correctement ?**

Sagan A., McDaid D., Rajan S., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

26 **Réduire la souffrance psychique des populations en situation de précarité. Bibliographie sélective**

Bec E.

27 **Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques**

Chauveau C. et Warin P.

27 **Cadre d'action en matière de santé mentale de la population**

Santé publique Sudbury et districts

Sociologie

Sociology

27 **Tous autonomes et vulnérables à la fois : état des lieux des publics fragiles**

Berhuet S., Croutte P. et De Barthes J.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

28 **Coordination Of Health Care: Experiences Of Barriers To Accessing Health Services Among Patients Aged 45 And Over 2016**

Australian Institute of Health and Welfare

- 28 **La profession infirmière, une voix faite pour diriger vers un monde en bonne santé : Journée internationale des infirmières 2020**
Conseil international des infirmières
- 28 **L'invention de l'action organisée en médecine de ville**
Bourgeois I., Bergeron M. et Moyal A.
- 29 **Pair-aidance, interprétariat et médiations**
Chambon N., Traverso V., Zeroug-Vial H., et al.
- 29 **Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?**
Chevillard G. et Mousques J.
- 29 **Office Visits Preventing Emergency Room Visits: Evidence From The Flint Water Switch**
Danagoulian S., Grossman D. S. et Slusky D.
- 30 **Treatment Responses Of Mental Health Care Providers After A Demand Shock**
Douven R., Remmerswaal M. et Vervliet T.
- 30 **Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle**
Fournier C., Bergeron M. et Moyal A.
- 30 **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins**
Loussouarn C., Franc C., Videau Y., et al.
- 31 **The Effects Of State Scope Of Practice Laws On The Labor Supply Of Advanced Practice Registered Nurses**
Markowitz S. et Adams K. E.
- 31 **Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays**
Michel L. et Or Z.
- 31 **The State Of The World's Nursing 2020**
Organisation mondiale de la santé
- 32 **How To Enhance The Integration Of Primary Care And Public Health? Approaches, Facilitating Factors And Policy Options**
Rechel B.

- 32 **Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?**
Silhol J. et Ventelou B.
- 32 **Bundled-Payment Models Around The World: How They Work And What Their Impact Has Been**
Struijs J. N., De Vriese F., Baan C. A., et al.

Systemes de santé Health Systems

- 33 **OECD Reviews Of Public Health: Korea. A Healthier Tomorrow**
Baubion C., Cecchini M., Hewlett E., et al.
- 33 **Productivity Of The English NHS: 2017/18 Update**
Castelli A., Chalkley M., Gaughan J., et al.
- 33 **Evaluation du système de protection sociale et de santé : appui au Gouvernement de la Polynésie française**
Dagorn C., Mejane J., Paulot J. M., et al.
- 34 **Is Two-Tier Health Care The Future?**
Flood C. M. et Thomas B.
- 34 **Health System Review : Norway**
Sperre Saunes. I., Karanikolos M. et Sagan A.

Travail et santé Occupational Health

- 34 **Working At Older Ages: Why It's Important, How It Affects Health, And The Policy Options To Support Health Capacity For Work**
Avendano M. et Cylus J.
- 35 **The Impact Of Benefit Generosity On Workers' Compensation Claims: Evidence And Implications**
Cabral M. et Dillender M.
- 35 **A Natural Experiment On Job Insecurity And Fertility In France**
Clark A. E. et Lepinteur A.
- 35 **Is Precarious Employment Bad For Worker Health? The Case Of Zero Hours Contracts In The UK**
Farina E., Green C. et McVicar D.

- 36 **Maintenir en emploi ou soutenir le travail ? La place de la santé au fil des parcours professionnels. Actes du séminaire annuel «Âges et Travail », mai 2018**
Gaudart C., Volkoff S., Molinie A. F., et al.
- 36 **Mandated Sick Pay: Coverage, Utilization, And Welfare Effects**
Maclean J. C., Pichler S. et Ziebarth N. R.
- 36 **Rising Burdens Of Proofs And The Grand Bargain Of Workers' Compensation Laws**
Yuan A. et Fishback P.
- 40 **Elderly Care Supply Systems And Services Which Decrease Elderly Care Requirements**
Oguro K., Ishida R. et Yasuoka M.
- 40 **The Effectiveness Of Social Protection For Long-Term Care In Old Age : Is Social Protection Reducing The Risk Of Poverty Associated With Care Needs ?**
Oliveira Hashiguchi T.C., Llana-Nozal A.
- 41 **Older People's Hospital Admissions In The Last Year Of Life**
Public Health England

Vieillessement

Aging

- 37 **Preventive Home Visits**
Bannenberg N., Forland O., Iversen T., et al.
- 37 **Un système de retraite « universel » ? Les inégalités du travail à la retraite**
Bigi M., Brebion C., Chambard O., et al.
- 37 **Can Your House Keep You Out Of A Nursing Home?**
Diepstraten M., Douven r. Wouterse B., et al.
- 37 **The Effects Of The Increase In The Retirement Age In The Netherlands**
Douven R., Remmerswaal M. et Vervliet T.
- 38 **Les personnes âgées et leurs aidants : besoins, satisfaction des besoins sur les aspects social-santé, leviers de leur participation : revue de la littérature**
Foglia T., Fiet C. et Morgny C.
- 38 **Long-Term Care Insurance Effects On Japan's Regional Economy: An Approach Linking Theoretical With Empirical Analysis**
Hasegawa R. et Yasuoka M.
- 39 **Le Recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile. Avis et rapport**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 39 **Retraite : pour un régime équilibré**
Institut Montaigne
- 39 **Population Ageing And The Macroeconomy**
Lisack N., Sajedi R. et Thwaites G.
- 39 **Ageing And Health Care Expenditures: A Non-Parametric Approach**
Lorenz N., Ihle P. et Breyer F.
- 41 **Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées**
Ramos-Gorand M.
- 41 **Projections Of Older People Living With Dementia And Costs Of Dementia Care In The United Kingdom, 2019–2040**
Wittenberg R., Hu B., Barraza-Araiza L., et al.

Health Insurance**► Accounting For Protest Attitudes In Willingness To Pay For Universal Health Coverage**

ABU-ZAINEH M., CHANEL O., MAKHLOUFI K., *et al.*
2018

Wp 2018 ; 54. Marseille AMSE.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:aim:wpaimx:1854&r=hea>

In their attempts to implement universal health coverage (UHC), different developing countries encounter different types of obstacles. In Tunisia, major challenges include a widespread informal sector and protesters' general discontent with rising economic insecurity and inequality, the rollback of the state and public welfare. We apply a contingent valuation survey to a non-healthcare-covered Tunisian sample vis-à-vis joining and paying for a health insurance scheme. We pay attention to the nature of the willingness-to-pay (WTP) values obtained, distinguishing genuine null from protest values. The latter may reflect not only protesters' beliefs regarding the survey, but also their lack of trust in government's commitment to ensuring the provision of quality healthcare. We use alternative econometric modeling strategies to account and correct for selection issues arising from protest answers. Our results support the presence of self-selection and, by predicting protesters' WTP, allow the "true" sample mean WTP to be computed. This appears to be about 14% higher than the elicited mean WTP. The WTP of the poorest non-covered respondents represents about one and a half times the current contributions of the poorest formal sector enrollees, suggesting that voluntary affiliation to the formal health insurance scheme could be a step towards achieving UHC. Overall, we highlight the importance of taking into account protest positions for the evaluation of progress towards UHC.

► Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence

ATAL J. P., FANG H. ET KARLSSON M.
2020

NBER Working Paper Series ; 26870. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26870>

To insure policyholders against contemporaneous health expenditure shocks and future reclassification

risk, long-term health insurance constitutes an alternative to community-rated short-term contracts with an individual mandate. Relying on unique claims panel data from a large private insurer in Germany, we study a real-world long-term health insurance application with a life-cycle perspective. We show that German long-term health insurance (GLTHI) achieves substantial welfare gains compared to a series of risk-rated short-term contracts. Although, by its simple design, the premium setting of GLTHI contract departs significantly from the optimal dynamic contract, surprisingly we only find modest welfare differences between the two. Finally, we conduct counterfactual policy experiments to illustrate the welfare consequences of integrating GLTHI into a system with a "Medicare-like" public insurance that covers people above 65.

► L'incidence des Réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées. Avis-note et synthèse

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

2020

Paris HCFEA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

La note adoptée par le Conseil de l'Age présente les incidences pour les personnes âgées des dernières réformes relatives au 100 % santé ou « Zéro reste à charge », d'une part, et d'autre part à la Complémentaire santé solidaire (qui intègre les acquis du 100 % santé pour les publics plus modestes).

► Do People Have A Bias For Low-Deductible Insurance?

KUNREUTHER H. ET PAULY M.
2020

NBER Working Paper Series ; 26994. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26994>

Do consumers show a strong bias toward low deductible insurance plans, as many field studies imply? This paper reports on a controlled experiment intended

to see whether subjects have a predisposition toward such plans and whether that preference is consistent when their default plan and premiums are changed. Subjects were presented with a scenario where they had to make a decision on whether to purchase a plan with a low deductible (LD) or high deductible (HD) when faced with an illness having a specified probability and cost. Participants had to choose between these plans in two rounds with the identical risk of an illness and specified premiums. If their default option was an LD plan in Round 1, then it was an HD plan in Round 2. The experiment did not show a strong bias toward low deductible health plans. Only slightly more than half of the respondents chose an LD plan even when it was optimal for them to do so. When faced with a default option that was switched in Round 2, 58% of the respondents chose the same plan as they did in Round 1, implying that some but not all subjects resisted the default option in their decision process. Subject choices were correlated with their responses to questions about risk aversion and a desire for peace of mind.

► **Out Of The Woodwork: Enrollment Spillovers In The Oregon Health Insurance Experiment**

SACARNY A., BAICKER K. ET FINKELSTEIN A.

2020

NBER Working Paper Series ; 26871. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26871>

We analyze the impact of expanded adult Medicaid eligibility on the Medicaid enrollment of already-eligible children. To do so, we exploit the 2008 Oregon Medicaid lottery, in which some low-income uninsured adults were randomly selected for the chance to apply for Medicaid. Children in these households were eligible for Medicaid irrespective of whether the household won the lottery. We estimate statistically significant but transitory impacts of adult lottery selection on children's Medicaid enrollment: for every 9 adults who enroll in Medicaid due to the lottery, one additional child also enrolls at the same time. Our results shed light on the existence, magnitude, and nature of so-called "woodwork effects".

Démographie

Demography

► **Logements suroccupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires**

BERNARD V., GALLIC G. ET LEON O.

2020

Insee Focus(189): html.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4478728>

Les mesures de confinement mises en place depuis le 17 mars 2020 touchent de façon différenciée les populations, selon le type de logement qu'elles occupent ou la composition de leur ménage. Cinq millions de personnes vivent dans un logement au nombre de pièces insuffisant. Par ailleurs, dix millions de personnes, dont 2,4 millions de 75 ans ou plus, vivent seules dans leur logement. En période de confinement, certaines populations peuvent être davantage fragilisées : les familles monoparentales avec de jeunes enfants dans des logements trop petits ou les personnes âgées vivant seules, dans des zones rurales éloignées des commerces d'ali-

mentation générale. Si les technologies numériques peuvent faciliter l'accès à la vie économique et sociale ou permettre de rester en contact avec les siens, les populations âgées ou peu diplômées en sont davantage privées, ayant moins accès à Internet et des difficultés accrues à les mobiliser.

E-santé-Technologies médicales

E-health-Medical Technologies

► **Using Machine Learning To Predict Nosocomial Infections And Medical Accidents In A NICU**

BELTEMPO M., BRESSON M. ET LACROIX G.
2020

IZA Discussion Paper Series ; 13099. Bonn Iza.
<https://ecofp.iza.org/dp13099.pdf>

Background: Adult studies have shown that nursing overtime and unit overcrowding is associated with increased adverse patient events but there exists little evidence for the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Objectives: To predict the onset on nosocomial infections and medical accidents in a NICU using machine learning models. Subjects: Retrospective study on the 7,438 neonates admitted in the CHU de Québec NICU (capacity of 51 beds) from 10 April 2008 to 28 March 2013. Daily administrative data on nursing overtime hours, total regular hours, number of admissions, patient characteristics, as well as information on nosocomial infections and on the timing and type of medical errors were retrieved from various hospital-level datasets. Methodology: We use a generalized mixed effects regression tree model (GMERT) to elaborate prediction trees for the two outcomes. Neonates' characteristics and daily exposure to numerous covariates are used in the model. GMERT is suitable for binary outcomes and is a recent extension of the standard tree-based method. The model allows to determine the most important predictors. Results: DRG severity level, regular hours of work, overtime, admission rates, birth weight and occupation rates are the main predictors for both outcomes. On the other hand, gestational age, C-Section, multiple births, medical/surgical and number of admissions are poor predictors. Conclusion: Prediction trees (predictors and split points) provide a useful management tool to prevent undesirable health outcomes in a NICU.

► **Accessibilité numérique, entre nécessité et opportunité**

CONSEIL NATIONAL DU NUMÉRIQUE
2020

Paris Conseil national du numérique

https://cnnumerique.fr/publication_rapport_accessibilite_numerique

L'accessibilité numérique représente ainsi une voie stratégique intéressante pour les organisations - publiques et privées - qui souhaitent développer leurs produits et services numériques de façon responsable. Mais avant tout, il s'agit d'un droit fondamental des citoyens qu'il convient de mettre en œuvre de façon urgente, dans un contexte actuel d'inaccessibilité numérique de la plupart des services. C'est dans ces conditions que le Conseil national du numérique a estimé nécessaire de publier un rapport visant à faciliter le déploiement de l'accessibilité numérique, à travers ses 50 recommandations. Saisi par Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées, et Cédric O, secrétaire d'Etat chargé du Numérique, le Conseil a remis publiquement son rapport le 5 février 2020, dans la perspective de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020.

► **L'usage des technologies de l'information et de la communication par les ménages entre 2009 et 2019. Enquêtes sur les TIC auprès des ménages**

INSEE
2020

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/statistiques/4463497?sommaire=4466268>

En 2019, 83 % des personnes de 15 ans ou plus résidant en France ont utilisé Internet au cours des trois derniers mois, contre seulement 65 % en 2009. Les plus âgés rattrapent leur retard ; 32 % des 75 ans ou plus sont utilisateurs contre 8 % d'entre eux en 2009. Les pratiques se développent et se diversifient et, parmi elles, les achats et ventes en ligne sont de plus en plus prisés. Le développement accéléré de l'Internet mobile accompagne ces évolutions : en 2019, 75 % des personnes résidant en France ont déjà navigué sur Internet

en dehors de chez elles, via un ordinateur portable, un téléphone portable, une tablette ou un autre appareil mobile; elles n'étaient que 18 % dix ans auparavant.

► **Doctrine technique du numérique en santé : ma santé 2022**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2020

Paris Ministère chargé de la santé

<https://esante.gouv.fr/MaSante2022/doctrine-technique>

Depuis de nombreuses années, un constat partagé revenait en effet régulièrement dans les débats entre les acteurs de l'écosystème de la e-santé : l'absence d'une doctrine claire et définie autour du numérique en santé. C'est donc aujourd'hui chose faite : la doctrine technique fournit le cadre de référence dans lequel devront s'inscrire les services numériques d'échange et de partage de données de santé dans les prochaines années. Elle s'adresse aux porteurs des services numériques de santé, qu'ils en assurent la maîtrise d'ouvrage (groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé, établissements de santé...) et/ou la maîtrise d'œuvre (éditeurs de solutions, intégrateurs...) et les usagers de ces services numériques (professionnels de santé et du médico-social ou usagers des services numériques de santé au sens large).

► **Stratégies numériques de diffusion auprès des décideurs, des résultats des chercheurs en santé publique**

MONTAGNI I., STAHL-TIMMINS W., MONNERAUD L., *et al.*

2019

Enjeux de l'information et de la communication (Les) Dossiers 19(2): 27-42.

<https://lesenjeux.univ-grenoble-alpes.fr/2019/dossier/02-strategies-numeriques-de-diffusion-aupres-des-decideurs-des-resultats-des-chercheurs-en-sante-publique>

L'élaboration de politiques fondées sur des données probantes est un phénomène de plus en plus répandu qui encourage les chercheurs et les décideurs à communiquer efficacement entre eux. Les médias digitaux sont censés faciliter les échanges entre les deux acteurs, mais leur disponibilité et leur utilisation n'ont pas encore été examinées en détail. Avec une approche interdisciplinaire, cet article vise à fournir une taxonomie des médias digitaux utilisés par les chercheurs et les décideurs pour partager leurs connaissances dans le domaine spécifique de la santé publique. Dans le cadre de la digital health communication, nous décrivons le web classique, le web 2.0 ainsi que six autres médias digitaux (hypertexte, images, vidéos, audio, infographie et jeux) à disposition des chercheurs et des décideurs en santé. Ensuite, nous discutons des risques et des possibilités liés à la vulgarisation scientifique en ligne pour l'élaboration des politiques de santé. Enfin, nous formulons des recommandations fondées sur la théorie et sur la pratique destinées aux chercheurs afin qu'ils diffusent au mieux les résultats de leurs recherches sur la santé aux décideurs via Internet.

Économie de la santé

Health Economics

► **The Long Term Care Insurance Puzzle: Modeling And Measurement**

AMERIKS J., BRIGGS I., CAPLAN A., *et al.*

2018

Ann Arbor Vanguard Research Initiative.

<https://ebp-projects.isr.umich.edu/VRI/papers/VRI-LTC-1.pdf>

Individuals face significant late-in-life risks, prominently including the need for long-term care (LTC).

Yet, they hold little long-term care insurance (LTCI). In this paper we use a structural model and a purpose-designed dataset to understand the determinants of insurance demand. We distinguish between a fundamental lack of desire to insure, rowd out from existing insurance, and unmet demand due to poor products available in the market. The model features individual-specific non-homothetic health-state-dependent preferences over normal consumption, consumption

when in need of long-term care, and bequests, which are estimated using strategic survey questions. To account for differences between the modeled and measured insurance products, we study not only individuals' holdings of LTCI, but also their stated demand for an idealized product that mirrors that in the model. We find that many individuals would purchase LTCI and receive a large consumer surplus if it were a better product, while many others do not want to purchase even high-quality actuarially fair LTCI due to the values of their heterogeneous state-dependent preferences, their demographics, and their financial situation.

► **Medical Spending, Bequests, And Asset Dynamics Around The Time Of Death**

BAILEY JONES J., DE NARDI M. ET FRENCH E.

2020

NBER Working Paper Series ; 26879. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26879>

Using data from the Health and Retirement Survey, we document the changes in assets that occur before a person's death. Applying an event study approach, we find that during the 6 years preceding their deaths, the assets of single decedents decline, relative to those of similar single survivors, by an additional \$20,000 on average. Over the same time span, the assets of couples who lose a spouse fall, relative to those of similar surviving couples, by an additional \$90,000 on average. Households experiencing a death also incur higher out-of-pocket medical spending and other end-of-life expenses. This elevated spending is sufficient to explain (in accounting terms) the asset declines observed for singles but falls short of explaining the declines observed for couples. Bequests from the dying spouse to non-spousal heirs such as children are more than sufficient to explain the remainder.

► **Financing The Consumption Of The Young And Old In France**

D'ALBIS H., BONNET C., CHOIJNICKI X., *et al.*

2020

halshs-02076546. Hal.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:journl:halshs-02076546&r=age>

Abstract: A better understanding of the resource allocation across ages is fundamental to put in place welfare reforms in the context of population ageing. In times

of major demographic change, the redistribution of resources between age groups and the funding of the economically inactive aged remains a recurring topic of public debate and a major public policy concern in OECD countries. Governments search for a policy mix that will improve the quality of life of the elderly, while at the same time investing in the future of the young and reducing the fiscal burden on the working population. Life expectancy and education requirements are increasing while budget constraints are tightening. This potentially creates tension in the allocation of resources between age groups. By applying the methodology of National Transfer Accounts (NTA), this article analyzes for France (1) how the funding of consumption (public and private) is secured at each age; (2) how the funding of consumption has changed over recent decades; and (3) how the consumption is financed compared to that of other countries (China, Germany, Japan, Sweden, United Kingdom, and United States). We consider three sources for financing consumption: the State (net transfers and in-kind services), individuals themselves (income and assets), and families (inter vivos transfers, excluding bequests, following the NTA methodology).

► **The Macroeconomics Of Epidemics**

EICHENBAUM M. S., REBELO S. ET TRABANDT M.

2020

NBER Working Paper Series ; 26882. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26882>

We extend the canonical epidemiology model to study the interaction between economic decisions and epidemics. Our model implies that people's decision to cut back on consumption and work reduces the severity of the epidemic, as measured by total deaths. These decisions exacerbate the size of the recession caused by the epidemic. The competitive equilibrium is not socially optimal because infected people do not fully internalize the effect of their economic decisions on the spread of the virus. In our benchmark scenario, the optimal containment policy increases the severity of the recession but saves roughly half a million lives in the U.S.

► **Macro-Fiscal Implications Of Health Care Reform In Advanced And Emerging Economies**

FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL
2010

Washington FMI

<https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2016/12/31/Macro-Fiscal-Implications-of-Health-Care-Reform-in-Advanced-and-Emerging-Economies-PP4521>

This paper provides an analysis of the developments in public health spending over the past 40 years, as well as projections of public health spending for 50 advanced and emerging countries over 2011–50. The paper also quantifies the effects of specific health reforms on the growth of public health spending in advanced economies by drawing on a range of analytical approaches, including country case studies. The challenges facing emerging economies as they seek to expand coverage of health care in a fiscally sustainable manner are also examined.

► **Understanding Cross-Country Differences In Health Status And Expenditures**

FONSECA R., LANGOT F. ET MICHAUD P. C.
2020

NBER Working Paper Series ; 26876. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26876>

Using a general equilibrium heterogeneous agent model featuring health production, we quantify the relative contribution of price distortions in the health market, TFP and other health risks in explaining cross-country differences in health expenditure (as a share of GDP) and health status. Estimated parameters reveal a substantial price wedge that explains at most 20% of the difference in health spending (as a share of GDP) and 30% of the difference in health status between Europe and the U.S. We estimate a one percentage point negative impact on the life-time cost-of-living of Americans from higher prices due to inefficiencies.

► **Case Studies: France**

GANDRE C., OR Z., HALL J., *et al.*
2019

In: [Price setting and price regulation in health care. Lessons for advancing Universal Health Coverage.]. Paris : OCDE.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-WHO-Price-Setting-Summary-Report.pdf>

Cette étude de cas pour la France, fait partie de l'annexe du rapport sur la fixation et la régulation des prix dans le système de santé qui propose également des études de cas sur : l'Australie, l'Angleterre, l'Allemagne, le Japon, la Malaisie, la République de Corée, la Thaïlande, les États-Unis d'Amérique et Maryland.

► **Catastrophic Out-Of-Pocket Health Care Costs: A Problem Mainly For Middle-Income Americans With Employer Coverage?**

GLIED S. A. ET ZHU B.
2020

Issue Brief: 14.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/apr/catastrophic-out-of-pocket-costs-problem-middle-income>

Issue: Many studies report that high out-of-pocket health spending is an increasing problem, despite expanded insurance coverage under the Affordable Care Act (ACA). Little is known about how Americans' out-of-pocket spending has changed over time. Goals: To observe trends in high out-of-pocket spending and describe the distribution and composition of out-of-pocket spending over time, focusing on the top 5 percent and 1 percent of spenders. Methods: Analysis of Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) data. Key findings and conclusions: Expansions in insurance coverage and in the quality of coverage through the ACA have protected most Americans from high out-of-pocket costs. Recently, however, out-of-pocket costs for the highest out-of-pocket spenders (the 99th percentile) have been increasing. In 2017, one in 100 Americans under age 64 spent \$5,000 or more out of pocket for medical services, and about one in 20 spent more than \$1,700. High out-of-pocket spending mostly affects those with employer coverage and those with incomes above 400 percent (and, in particular, above 600 percent) of the federal poverty level. The plurality of this spending is for physician services. High deductibles and out-of-pocket maximums in private insurance,

combined with exposure to out-of-network bills for physician services, leave many Americans facing very high out-of-pocket costs.

► **Applying The Three Core Concepts Of Economic Evaluation In Health To Education In The UK**

HINDE S., WALKER S. ET LORTIE-FORGUES H.
2019

CHE Research Paper Series ; 170. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP170_three_core_concepts_economic_evaluation.pdf

In a UK policy context, education and healthcare sectors share many characteristics; however, the role of economic evaluation in informing policy making is very different. While in health it has become a key part of the deliberative processes of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in their recommendations to the NHS, it has not played the same role in education. In this article we explore three key components that are required to underpin robust evaluations: a clear perspective, the identification of a single maximand, and recognition of the opportunity costs. We demonstrate the importance of each, how it has been applied in the NICE framework, and how it may be implemented in a UK education setting. We conclude that the failure in education to address the three components has reduced the ability to consider the cost-effectiveness of funding decisions, potentially resulting in inefficient use of educational funding.

► **Are Substitute Services A Barrier To Controlling Long-Term Care Expenditures?**

KATTENBERG M. ET BAKX P.
2018

CPB Discussion Paper; 382. La Hague CBS.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpb:discus:382.rdf&r=hea>

In many developed countries long-term care expenditures are a major source of concern, which has urged policy makers to cost reductions. However, long-term care financing is highly fragmented in most countries and hence reducing total costs is complicated: spending reductions in one type of care may have spillover effects elsewhere in the system. These spillovers may be substantial, as we show using a reform in the financ-

ing of one type of publicly financed home care in the Netherlands, domestic help. We show that this reform not only affected consumption of this care type, but also the consumption of three other types of long-term care that are financed through another public scheme.

► **Au titre de la politique familiale, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants atteignent 4,7 % du PIB en 2017 - Compte de l'enfance**

PILORGE C., GLOTAÏN M. ET OMALEK L.
2020

Dossiers De La Drees (Les)(50)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd50.pdf>

Le compte de l'enfance mesure les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants au titre de la politique familiale. Cette étude actualise et complète la précédente édition du compte de l'enfance, publiée par la Drees en 2015, qui ne portait que sur les données 2013. Dans cette nouvelle édition, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants sont présentées pour six années, entre 2012 et 2017. Selon le périmètre retenu, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants sont évaluées entre 63 et 107 milliards d'euros en 2017, soit entre 2,7 % et 4,7 % du PIB. Elles représentent entre 3 700 euros et 5 000 euros par an par enfant de moins de 21 ans.

► **Can People Afford To Pay For Health Care? New Evidence On Financial Protection In Poland**

TAMBOR M. ET PAVLOVA M.
2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-poland-2020>

Cette analyse fait partie d'une série d'études réalisées dans les pays et apportant de nouvelles bases factuelles sur la protection financière offerte par les systèmes de santé européens. La protection financière est un élément central de la couverture sanitaire universelle et une dimension essentielle de la performance des systèmes de santé. La fréquence des dépenses de santé catastrophiques est élevée en Pologne par rapport à de nombreux pays de l'Union européenne. Les ménages pauvres sont les plus lourdement affectés, et les dépenses occasionnées afin de se procurer des

médicaments pour les soins ambulatoires jouent ici un rôle important. Les médicaments prescrits en ambulatoire sont soumis à un système complexe de frais à charge de l'utilisateur (participation aux frais de santé). Les mécanismes visant à protéger les ménages contre ces frais sont généralement insuffisants; les personnes à faible revenu ou souffrant de maladies chroniques ne bénéficient explicitement d'aucune exemption, et aucun plafond n'est fixé pour la participation aux frais de santé. La couverture des soins dentaires et des pro-

duits médicaux est également limitée, en particulier pour les adultes. Les efforts visant à améliorer la protection financière devraient se concentrer davantage sur les personnes à faible revenu, par exemple en permettant aux bénéficiaires de prestations sociales de disposer d'exemptions en matière de participation aux frais. Les niveaux élevés d'utilisation des médicaments non prescrits et les dépenses directes qu'ils entraînent méritent également notre attention.

État de santé

Health status

► Chain Restaurant Calorie Posting Laws, Obesity, And Consumer Welfare

COURTEMANCHE C. J., FRISVOLD D. E., JIMENEZ-GOMEZ D., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ; 26869. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26869>

The 2010 Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) introduced a mandate requiring chain restaurants to post calorie counts on menus and menu boards. This paper investigates whether and why calorie posting laws work. To do so, we develop a model of calories consumed that highlights two potential channels through which mandates influence choice and outlines an empirical strategy to disentangle these alternatives. We test the predictions of our model using data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System to compare changes in body mass index (BMI), obesity, and consumer well-being in locations that implemented calorie-posting laws between 2008 and 2011 to those in neighboring locations without such laws. We find that calorie mandates lead to a small but statistically significant reduction in average BMI of 0.2 kg/m² (1.5 pounds) and reductions in self-reported measures of life satisfaction. Quantile regressions provide evidence that reductions in BMI and life satisfaction are concentrated among those with healthy weight. Viewed in its totality, the pattern of results is consistent with an economic model in which calorie labels influence consumers both by providing information and by imposing a welfare-reducing moral cost on unhealthy eating.

► News That Takes Your Breath Away: Risk Perceptions During An Outbreak Of Vaping-Related Lung Injuries

DAVE D. M., DENCH D. L., KENKEL D. S., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ; 26977. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26977>

We study the impact of new information on people's perceptions of the risks of e-cigarettes. In September 2019 the U.S. experienced an outbreak of e-cigarette, or vaping, associated lung injuries (EVALI). The EVALI outbreak created an information shock, which was followed by additional new information in a later CDC recommendation. We use data on consumer risk perceptions from two sets of surveys conducted before (using HINTS survey data) and during the EVALI outbreak (using Google Survey data). The empirical model examines changes in risk perceptions during the early crisis period when the CDC was warning consumers that they should avoid all vaping products and during a later period when the message was refined and focused on a much narrower set of illegal vaping products that contain THC (the main psychoactive compound in marijuana). Our econometric results suggest that the immediate impact of the first information shock was to increase the fraction of respondents who perceived e-cigarettes as more harmful than smoking by about 16 percentage points. As the outbreak subsided and the CDC recommendation changed to emphasize the role of THC e-cigarette products, e-cigarette risk perceptions were partially revised downwards. Additional

econometric results show that different demographic groups reacted somewhat differently to the information shock. In particular, we find that groups who had higher risk perceptions showed a weaker response to the first information shock but were more likely to later revise their risk perceptions downwards. We conclude the paper by discussing the public policy issues that stem from having risk perceptions of e-cigarettes relative to combustible cigarettes remain at these elevated levels where a substantial portion of consumers believe that e-cigarettes are more harmful than cigarettes.

► **Troubles du spectre de l'autisme en France : Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système national des données de santé (SNDS), France, 2010-2017**

HA C., CHIN F. ET CHAN CHEE C.
2020

Saint-Maurice Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/autisme/documents/rapport-synthese/troubles-du-spectre-de-l-autisme-en-france-estimation-de-la-prevalence-a-partir-du-recours-aux-soins-dans-le-systeme-national-des-donnees-de-sante>

En France, les prévalences publiées des troubles du spectre autistique (TSA) sont rares et limitées aux données collectées, par les deux registres français des handicaps de l'enfant, sur des zones géographiques spécifiques et chez les enfants âgés de 8 ans. Après une rapide présentation du contexte français et international de la surveillance épidémiologique des TSA (évolution nosographique des classifications nationales et internationales utilisées pour les catégoriser, sources de données disponibles, principaux résultats des études nationales et internationales), ce rapport présente les résultats issus de l'analyse conduite par Santé publique France à partir du Système national des données de santé (SNDS) qui inclut le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). Cette analyse avait pour objectif d'explorer le SNDS pour estimer la prévalence de ces troubles, au niveau national et régional, pour l'ensemble de la population. Conduite sur la période 2010-2017, elle a permis de fournir pour la première fois en France des prévalences à partir du recours aux soins des personnes atteintes, de les décrire selon l'âge, le sexe, la région de résidence, le sous-type diagnostique, la nature de la prise en charge et d'étudier la fréquence de certaines comorbidités. La comparabilité, chez les enfants dans leur 8^e année

de vie, des taux estimés dans le SNDS avec les prévalences obtenues par les registres montre que la plupart des enfants de cet âge bénéficient d'une prise en charge par le système de soins. Une fois passées les premières années de vie, il semble que ce recours se fasse moins fréquent et que, progressivement, la prise en charge institutionnelle devienne principalement médico-sociale. En l'état actuel, le SNDS ne contient pas de données de prise en charge médico-sociale. Ainsi, l'analyse des données de recours aux soins pour estimer la prévalence de ces troubles semble être plus appropriée chez les enfants que chez les patients plus âgés. Au total, les connaissances épidémiologiques actuelles des TSA sont encore très parcellaires. Il est primordial de développer les travaux nécessaires à l'amélioration des connaissances tant sur leur fréquence que sur les modalités de prise en charge médicale et médico-sociale chez les enfants mais aussi chez les adolescents et les adultes. [Résumé de l'éditeur]

► **World Cancer Report : Cancer Research For Cancer Prevention**

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON
CANCER
2020

Lyon : IARC

<https://shop.iarc.fr/products/world-cancer-report-cancer-research-for-cancer-prevention-pdf>

This study is a multidisciplinary publication, with leading international scientists as authors and reviewers. More than 60 different chapters describe multiple aspects of cancer prevention and the research that underpins prevention, focusing on research activity during the past 5 years. Starting with the latest trends in cancer incidence and mortality worldwide, this publication provides wide-ranging insights into cancer prevention based on the known causes of cancer, factors that determine how cancer develops, and the behaviour of different tumour types, and presents a broad scope of interventions to reduce the cancer burden from a global perspective, including addressing inequalities that affect cancer prevention.

► **Macroeconomic Conditions And Health In Britain: Aggregation, Dynamics And Local Area Heterogeneity**

JANKE K., LEE K., PROPPER C., *et al.*

2020

IZA Discussion Paper Series ; 13091. Bonn Iza

<https://ecoftp.iza.org/dp13091.pdf>

We estimate a model that allows for dynamic and interdependent responses of morbidity in different local areas to economic conditions at the local and national level, with statistical selection of optimal local area. We apply this approach to quarterly British data on chronic health conditions for those of work-

ing age over the period 2002-2016. We find strong and robust counter-cyclical relationships for overall chronic health, and for five broad types of health conditions. Chronic health conditions therefore increase in poor economic times. There is considerable spatial heterogeneity across local areas, with the counter-cyclical relationship being strongest in poorer local areas with more traditional industrial structures. We find that feedback effects are quantitatively important across local areas, and dynamic effects that differ by health condition. Consequently, the standard panel data model commonly used in the literature considerably under-estimates the extent of the countercyclical relationship in our context.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé**

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., FLEURET S., *et al.*

2019

Paris : Editions Matériologiques

<https://materilogiques.com/fr/epistemologie-de-la-medecine-et-du-soin/293-abecedaire-de-la-sante-geographie-et-sante-9782373612202.html>

Dans cet Abécédaire de la géographie de la santé, les auteurs se proposent d'éclairer les processus géographiques qui sous-tendent les questions territoriales. Chaque entrée de cet abécédaire développe un concept, un champ de recherche, des idées, des débats qui façonnent une lecture géographique de la santé. Ces développements ont vocation à dresser un panorama aussi complet que possible permettant une appropriation des concepts et idées-clés destinés à comprendre la dimension territoriale et spatiale des faits de santé. Ce livre s'adresse à l'ensemble des acteurs qui se préoccupent de la santé des populations, ainsi qu'à celles et ceux que concernent les questions des rapports intriqués entre les dimensions strictement médicales et les aspects environnementaux et sociaux de la santé et des maladies. Crises sanitaires, épidémies, maladies émergentes, maladies chroniques, variabilité des espérances de vie en bonne santé, dégradation du système hospitalier, etc., autant de phénomènes éclairés aussi par ces approches novatrices.

Disability**► Le non-recours aux établissements et services médico-sociaux**

BOURGAREL S., MARABET B., GERARDIN I., *et al.*
2020

Paris Ancreai

Les différentes études sur les listes d'attente menées par les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) ont permis, avec la généralisation du logiciel ViaTrajectoire handicap, un meilleur repérage des personnes en liste d'attente. Toutefois, selon l'étude de la Fédération des Creai (Ancreai), qui vient d'être publiée, plus de la moitié des non-recours ne s'expliquent pas par cet embouteillage à l'entrée mais par une inadéquation de la notification ou de l'offre territoriale et par l'absence d'alternatives organisées dans le cadre de parcours plus inclusifs.

► Le rôle des SAAD familles auprès des enfants et des parents en situation de handicap : rapport final

DESJEUX C., GUCHET F. ET LORIAN C.
2020

Paris Adédom ; ADMR ; FNAAFP/CSF ; UNA

Les fédérations du domicile ont élaboré ensemble une définition des SAAD familles, indiquant qu'il s'agit d'un dispositif d'aide à domicile des familles qui constitue

un outil de prévention auprès des familles à plusieurs niveaux : - de prévention généraliste lorsque l'intervention a lieu auprès de familles fragilisées temporairement par un événement de vie ; - de prévention ciblée lorsque l'intervention se déroule auprès de familles dans lesquelles un ou plusieurs enfants peuvent courir un risque du fait de la difficulté pour le(s) parent(s) d'exercer la fonction parentale. La finalité de l'intervention d'aide à domicile, individuelle ou collective, est de renforcer l'autonomie des familles rencontrant des difficultés. Le maintien ou le renforcement de l'autonomie est rendu possible par l'intervention à leur domicile de différents types de personnels qualifiés : les techniciennes et techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) ou les accompagnants ou accompagnantes éducatifs et sociaux (AES). Ils soutiennent les familles en apportant aide matérielle, éducative et sociale en fonction des besoins. Depuis 2016, le diplôme d'accompagnant éducatif et social (AES) remplace celui d'auxiliaire de vie sociale (AVS). Cependant, dans les SAAD familles, l'usage courant est de parler des AVS, en désignant ainsi davantage leur fonction plutôt que le diplôme. En préservant l'équilibre des relations familiales, les interventions des SAAD familles participent à la prévention des difficultés sanitaires, familiales ou sociales : à ce titre, elles constituent un levier essentiel en matière de soutien à la parentalité, d'insertion, de prévention en santé ou de protection de l'enfance.

Hôpital**Hospital****► Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues**

DELBOS V., DANIEL A., EMMANUELLI J., *et al.*
2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article775>

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), instituées par la loi de 2002, accueillent des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Elles sont implantées au sein d'établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire. Les neuf premières unités ouvertes, entre 2010 et 2018, regroupent 440 places. L'Igas et l'IGJ ont été chargées d'évaluer l'efficacité des UHSA, leur apport dans la

prise en charge psychiatrique des détenus et l'identification des implantations prioritaires à envisager pour une seconde tranche d'installation. La mission a visité l'ensemble des UHSA et s'est entretenue avec les acteurs concernés, notamment les équipes soignantes et pénitentiaires sur place et un certain nombre de patients détenus. Le rapport souligne les apports indéniables de ces unités, même si les premières créées se révèlent hétérogènes tant dans leur conception matérielle que dans leur organisation des soins. Au moment où se prépare une seconde tranche d'installation, la mission formule des propositions afin d'améliorer le parcours de soins du patient-détenu et de mieux graduer l'offre de soins.

► **Healthcare Quality, Patients' Satisfaction, And Hospital Incentives In France**

LESCHER M. ET SIRVEN N.
2019

[Revue d'économie politique 129\(4\): 525-551.](#)

Les autorités sanitaires françaises ont récemment produit et mis à disposition du public un large éven-

tail de mesures de la qualité des soins hospitaliers, régulièrement mises à jour (www.scopesante.fr). La théorie économique appliquée aux marchés des soins de santé prédit que les coûts de surveillance engagés par les autorités de santé au bénéfice du patient (le principal) pour signaler la qualité des hôpitaux (les agents) devraient inciter ces derniers à améliorer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Cependant, les patients se réfèrent rarement à l'information clinique, technique de qualité des soins afin de discriminer les hôpitaux; et sont davantage enclins à utiliser des évaluations subjectives (telles que le bouche-à-oreille) dont la satisfaction des patients peut être un indicateur indirect. A l'aide d'un échantillon unique de données concernant 2 323 hôpitaux en France métropolitaine et en surmontant les problèmes de sélection inhérents à notre échantillon, nous trouvons une forte corrélation entre une mesure standardisée de la satisfaction des patients, e-satis, et diverses mesures des IQSS. Nos résultats suggèrent que, puisque les patients utilisent un signal qui transmet des informations sur la qualité, les hôpitaux pourraient être incités à améliorer la qualité des soins.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Coordination Of Health Care: Experiences Of Barriers To Accessing Health Services Among Patients Aged 45 And Over 2016**

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE
2020

[Canberra Australian Institute of Health and Welfare
<https://www.aihw.gov.au/reports/primary-health-care/coordination-of-health-care-experiences-barriers/contents/table-of-contents>](https://www.aihw.gov.au/reports/primary-health-care/coordination-of-health-care-experiences-barriers/contents/table-of-contents)

Having timely access to health-care professionals when a person needs it is crucial to preventing, treating and managing health conditions. In 2016, 1 in 4 patients did not see a GP, and 1 in 8 patients did not see a specialist, even when they felt they needed to. This report looks at the associations between selected patient characteristics and self-reported experiences of barriers to accessing GPs and specialists.

► **A Global Profile Of Emigrants To OECD Countries. Younger And More Skilled Migrants From More Diverse Countries**

D'AIGLEPIERRE R., DAVID A., LEVIONNOIS C., *et al.*
2020

[OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 239. Paris OCDE.
<https://doi.org/10.1787/0cb305d3-en>](https://doi.org/10.1787/0cb305d3-en)

This paper presents new findings on the main characteristics of immigrants living in OECD countries by country of origin, drawing from the updated Database on Immigrants in OECD Countries (DIOC) 2015/16. It describes migrant populations by country of destination and country of origin in 2015/16, as well as the dynamics of international migration to OECD countries since 2000/01. It also presents evidence on overall emigration rates and emigration rates of the highly educated at the regional and country levels. Finally,

the paper looks at age patterns in immigrant populations. Ce document présente de nouveaux résultats sur les principales caractéristiques des immigrants vivant dans les pays de l'OCDE par pays d'origine, à partir de la Base de données sur les immigrés dans les pays de l'OCDE (DIOC) 2015/16. Il décrit les populations immigrées par pays de destination et pays d'origine en 2015/16, ainsi que la dynamique des migrations internationales vers les pays de l'OCDE depuis 2000/01. Il présente également des données sur les taux d'émigration globaux et les taux d'émigration des personnes diplômées de l'enseignement supérieur aux niveaux régional et national. Enfin, ce document examine les profils par âge des populations immigrées.

► **Psychological Resilience To Major Socioeconomic Life Events**

ETILE F., FRITJERS P. ET JOHNSTON D. W.
2020

IZA Discussion Paper Series ; 13063. Bonn Iza.
<https://ecoftp.iza.org/dp13063.pdf>

Understanding who in the population is psychologically resilient in the face of major life events, and who is not, is important for policies that target reductions in disadvantage. In this paper we construct a measure of adult resilience, document its distribution, and test its predictability by childhood socioeconomic circumstances. We use a dynamic finite mixture model applied to 17 years of panel data, and focus on the psychological reaction to ten major adverse life events. These include serious illness, major financial events, redundancy and crime victimisation. Our model accounts for nonrandom selection into events, anticipation of events, and differences between individuals in the immediate response and the speed of adaptation. We find considerable heterogeneity in the response to adverse events, and that resilience is strongly correlated with clinical measures of mental health. Resilience in adulthood is predictable by childhood socioeconomic circumstances; the strongest predictor is good childhood health.

► **Early Childhood Education And Life-Cycle Health**

GARCIA J. L. ET HECKMAN J. J.
2020

NBER Working Paper Series ; 26880. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26880>

This paper forecasts the life-cycle treatment effects on health of a high-quality early childhood program. Our predictions combine microsimulation using non-experimental data with experimental data from a midlife long-term follow-up. The follow-up incorporated a full epidemiological exam. The program mainly benefits males and significantly reduces the prevalence of heart disease, stroke, cancer, and mortality across the life-cycle. For men, we estimate an average reduction of 3.8 disability-adjusted years (DALYs). The reduction in DALYs is relatively small for women. The gain in quality-adjusted life years (QALYs) is almost enough to offset all of the costs associated with program implementation for males and half of program costs for women.

► **L'immigration en France : situation sanitaire et sociale**

GENTILINI M. ET KEROUEDAN D.
2020

Paris Académie nationale de médecine

<http://www.academie-medecine.fr/limmigration-en-france-situation-sanitaire-et-sociale>

La situation sanitaire et sociale des demandeurs d'asile et des migrants en général est insuffisamment documentée en France, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes, les enfants et les mineurs non accompagnés. Les personnes auditionnées ont conforté l'attention de l'Académie sur le retentissement sanitaire et social des souffrances traversées dans le pays d'origine, du déracinement tout au long du parcours migratoire, ainsi que sur les questions sanitaires et éthiques relatives à l'accueil sur le territoire français. Les problèmes de santé mentale figurent au premier plan des motifs de consultation. L'Académie formule huit recommandations à l'attention des pouvoirs publics.

► **La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen**

GIRARD V., ESTECAHANDY P. ET CHAUVIN P.

2010

Paris Inserm

<https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00452211/>

Les liens entre le phénomène du « sans-abrisme » et la santé constituent la question générale de la mission qui nous a été confiée. Depuis plus de 30 ans, la littérature scientifique internationale s'est attachée à décrire les problèmes de santé des personnes sans abri et leurs interactions avec le système de soins mais les différentes définitions employées rendent difficiles les comparaisons internationales et appellent à la prudence quand il s'agit d'extrapoler des constats d'un pays à l'autre. D'une façon générale, comme nous le verrons dans ce rapport, on ne dispose en France que de données scientifiques assez parcellaires qui contrastent avec l'accumulation d'enseignements et de témoignages issus des personnes elles-mêmes ou des dispositifs qui les prennent en charge. Ce phénomène des personnes « sans chez soi » est révélateur à la fois des difficultés du système de soins à répondre aux besoins de ces personnes, mais aussi de l'importance d'avoir un chez soi pour la santé. La situation française sur ce sujet est paradoxale. L'investissement consacré à la lutte contre le sans-abrisme par l'Etat est en effet parmi les plus importants en Europe alors que les résultats obtenus sont décevants comparativement aux autres pays européens dont l'investissement est comparable. Les 4 points suivants extraits de la lettre de mission de la Ministre de la santé et des sports définissent les objectifs de ce rapport : Identifier les difficultés et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public; Identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du somatique que du soin psychique; Proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales et préciser les conditions de leur réalisation; Proposer des méthodes d'évaluation de ces expérimentations et plus globalement des politiques de santé publique en direction des personnes sans abri afin de pouvoir les améliorer ou les adapter.

► **Education And Health Over The Life Cycle**

KAESTNER R., SCHIMAN C. ET WARD J. M.

2020

NBER Working Paper Series ; 26836. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26836>

There is little theoretical and empirical research on the effects of education on health over the life cycle. In this article, we extend the Grossman (1972) model of the demand for health and use the extended model to analyze the effect of education on health at different ages. The main conclusion from our model is that it is unlikely that the relationship between education and health will be constant over the life cycle and that education is likely to have little effect on health at younger ages when there is little depreciation of the health stock. We also present an extensive empirical analysis documenting the association between education and health over the life cycle. Results of our analysis suggest that in terms of mortality, education has little effect until age 60, but then lowers the hazard rate of death. For measures of morbidity, education has an effect at most ages between 45 to 60, but after age 60 has apparently little effect most likely due to selective mortality. In addition, most of the apparent beneficial effect of education stems from obtaining a high school degree or more. It is the health and mortality of lowest education group—those with less than a high school degree—that diverges from the health and mortality of other education groups. Finally, we find that the educational differences in health have become larger for more recent birth cohorts.

► **Working And Disability Expectancies At Old Ages: The Role Of Childhood Circumstances And Education**

LORENTI A., HALE J. M., DUDEL C., *et al.*

2020

MPIDR Working Paper WP; 2020-006. Rostock Max-Planck-Institut für demografische Forschung.

<https://doi.org/10.4054/MPIDR-WP-2020-006>

The ability to work at older ages depends on health and education. Both accumulate starting very early in life. We assess how childhood disadvantages combine with education to affect working and health trajectories. Applying multistate period life tables to data from the Health and Retirement Study (HRS) for the period 2008-2014, we estimate how the residual life expectancy at age 50 is distributed in number of years of

work and disability, by number of childhood disadvantages, gender, and race/ethnicity. Our findings indicate that number of childhood disadvantages is negatively associated with work and positively with disability, irrespective of gender and race/ethnicity. Childhood disadvantages intersect with low education resulting in shorter lives, and redistributing life years from work to disability. Among the highly educated, health and work differences between groups of childhood disadvantage are small. Combining multistate models and inverse probability weighting, we show that the return of high education is greater among the most disadvantaged.

► **Health Equity In England: The Marmot Review 10 Years On**

MARMOT M., ALLEN J., BOYCE T., *et al.*

2020

Londres : The Health Foundation

<https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>

Il y a dix ans, la commission présidée par Michael Marmot publiait le rapport sur les inégalités de santé en Angleterre « Fair Society, Healthy Lives ». Ce rapport et celui de la commission des déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont contribué à une prise de conscience de l'ampleur des facteurs sociaux influant sur la santé. Ce rapport « Dix ans après » réalisé par la Health Foundation a pour objectifs d'identifier les progrès réalisés dans la lutte contre les inégalités en matière de santé en Angleterre et de proposer des recommandations pour les actions futures. Il montre qu'en Angleterre, la santé des personnes vivant dans des quartiers et des régions plus défavorisés se détériore, les inégalités en matière de santé augmentent et, pour l'ensemble de la population, la santé est en déclin. Par ailleurs, l'OMS a conduit un travail systématique, dans les 53 États membres de la région Europe, sur l'origine des inégalités en matière de santé et les solutions pour réduire ces inégalités.

► **Factors Affecting Access To Treatment Of Early Breast Cancer: Case Studies From Brazil, Canada, Italy, Spain And UK**

RODRIGUEZ-RINCON D., LEACH B., D'ANGELO C., *et al.*

2019

Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3010z4.html

RAND Europe conducted a study on the societal impact of early breast cancer. This study was divided into three interconnected phases, which together aim to enrich the evidence base on the broader health, societal and economic impacts of treatment of early breast cancer, using a mixed methods approach. In the third phase of our programme we undertook a qualitative study using desk research and key informant interviews to explore the factors affecting access to and delivery of treatment for early breast cancer in order to identify what works and what can be improved. We focused on five countries (Brazil, Canada, Italy, Spain and the United Kingdom), and also present insights at a supra-national level — for example policy and practice in the European Union — and make broader comments on factors affecting low and middle-income countries. We found that differences within countries are often related to regional discrepancies that arise from a decentralised structure of the healthcare system that has an impact on the financing, implementation, and/or delivery of care. We found that cultural and socio-economic factors, such as a person's education or income, also affect equal access to treatment within an individual country. In all countries considered, breast cancer is a disease that benefits from strong patient advocacy, which has played an important role in raising the profile of breast cancer with patients, policymakers and the public, both at a national and international level. However, there is still little awareness of the impact of disease progression on society.

► **Cream Skimming By Health Care Providers And Inequality In Health Care Access: Evidence From A Randomized Field Experiment**

WERBECK A., WÜBKER A. ET ZIEBARTH N. R.

2020

IZA Discussion Paper Series ; 13100. Bonn Iza.

<https://ecoftp.iza.org/dp13100.pdf>

Using a randomized field experiment, we show that health care specialists cream-skim patients by their expected profitability. In the German two-tier system, outpatient reimbursement rates for both public and private insurance are centrally determined but are more than twice as high for the privately insured. In our field experiment, following a standardized protocol, the same hypothetical patient called 991 private practices in 36 German counties to schedule appointments for allergy tests, hearing tests and gastroscopies. Practices were 7% more likely to offer an appointment

to the privately insured. Conditional on being offered an appointment, wait times for the publicly insured were twice as long than for the privately insured. Our

findings show that structural differences in reimbursement rates lead to structural differences in health care access.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **The Effect Of Reinsuring A Deductible On Pharmaceutical Spending: A Dutch Case Study On Low-Income People**

NON M., DOUVEN R., VAN KLEEF F., *et al.*

2018

CPB Discussion Paper ; 387. La Hague CBS.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpb:discus:387.rdf&r=hea>

The basic health insurance in the Netherlands includes a mandatory deductible of currently 385 euros per adult per year. Several municipalities offer a group contract for low-income people in which the deductible is reinsured, meaning that out-of-pocket spending under the deductible is covered by supplementary insurance. This study examines to what extent such

reinsurance leads to higher pharmaceutical spending. We use a unique dataset from a Dutch health insurer with anonymized individual insurance claims for the period 2014-2017. We run a difference-in-difference regression to estimate the effect of reinsurance on pharmaceutical spending. The treatment group consists of enrollees from three municipalities that implemented reinsurance on January 1st 2017. The control group includes enrollees from three municipalities that didn't implement reinsurance. We find that the introduction of reinsurance led to a statistically significant increase in pharmaceutical spending of 16% in the first quarter of 2017 and 7% in the second quarter. For the second half of 2017 the effect is small and not statistically significant. Conditional on people with low expected spending we find a statistically significant increase in pharmaceutical spending in all four quarters of 2017 varying from 22% to 30% per quarter.

Méthodologie-Statistique

Methodology- Statistics

► **Variation In Performance Of Commonly Used Statistical Methods For Estimating Effectiveness Of State-Level Opioid Policies On Opioid-Related Mortality**

GRIFFIN B. A., SCHULER M. A., STUART E. A., *et al.*

2020

NBER Working Paper Series ; 27029. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27029>

Over the last two decades, there has been a surge of opioid-related overdose deaths resulting in a myriad of state policy responses. Researchers have evaluated the effectiveness of such policies using a wide-range of statistical models, each of which requires multiple design

choices that can influence the accuracy and precision of the estimated policy effects. This simulation study used real-world data to compare model performance across a range of important statistical constructs to better understand which methods are appropriate for measuring the impacts of state-level opioid policies on opioid-related mortality. Our findings show that many commonly-used methods have very low statistical power to detect a significant policy effect (< 10%) when the policy effect size is small yet impactful (e.g., 5% reduction in opioid mortality). Many methods yielded high rates of Type I error, raising concerns of spurious conclusions about policy effectiveness. Finally, model performance was reduced when policy effectiveness had incremental, rather than instantaneous, onset.

These findings highlight the limitations of existing statistical methods under scenarios that are likely to affect real-world policy studies. Given the necessity

of identifying and implementing effective opioid-related policies, researchers and policymakers should be mindful of evaluation study statistical design.

Public Policy

► Health Capital Provision And Human Capital Accumulation

AZARNERT L. V.
2020

Cesinfo Working Paper; 8116. Munich Center for Economic Studies.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3544502

This study analyzes the effect of public policy intervention in the production of health capital on fertility,

private investment in children's health and education and human capital accumulation. I have used a growth model with endogenous fertility, in which the usual parental trade-off between the quantity and quality of their children is augmented with an additional factor that affects children's human capital, which is health. I analyze the overall society-wide effect of public policy intervention and derive a condition that determines precisely whether public provision of free health services increases or decreases the average level of human capital in the society.

Prevention

► Incentivizing Behavioral Change: The Role Of Time Preferences

AGGARWAL S., DIZON-ROSS R. ET ZUCKER A. D.
2020

NBER Working Paper Series ; 27079. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27079>

How should the design of incentives vary with agent time preferences? We develop two predictions. First, "bundling" the payment function over time – specifically by making the payment for future effort increase in current effort – is more effective if individuals are impatient over effort. Second, increasing the frequency of payment is more effective if individuals are impatient over payment. We test the efficacy of time-bundling and payment frequency, and their interactions with impatience, using a randomized evaluation of an incentive program for exercise among diabetics in India. Consistent with our theoretical predictions,

bundling payments over time meaningfully increases effort among the impatient relative to the patient. In contrast, increasing payment frequency has limited efficacy, suggesting limited impatience over payments. On average, incentives increase daily steps by 1,266 (13 minutes of brisk walking) and improve health.

► The Economics Of Tobacco Regulation: A Comprehensive Review

DECICCA P., KENKEL D. S. ET LOVENHEIM M. F.
2020

NBER Working Paper Series ; 26923. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26923>

Tobacco regulation has been a major component of health policy in the developed world since the UK's Royal College of Physicians' and the U.S. Surgeon General's reports in the 1960s. Such regulation, which

Prévention

has intensified in the past two decades, includes cigarette taxation, place-based smoking bans in areas ranging from bars and restaurants to workplaces, and regulations designed to make tobacco products less desirable. More recently, the availability of alternative products, most notably e-cigarettes, has increased dramatically, and these products are just starting to be regulated. Despite an extensive body of research on tobacco regulations, there remains substantial debate regarding their effectiveness, and ultimately, their impact on economic welfare. We provide the first comprehensive review of the state of research in the economics of tobacco regulation in two decades.

► **Dépistage. Quand est-il approprié ?
Comment le réaliser correctement ?**

SAGAN A., MCDAID D., RAJAN S., *et al.*

2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330820/19984065-fre.pdf>

Le dépistage comporte des avantages, mais aussi des inconvénients ; ce n'est pas parce qu'il peut être réalisé qu'il doit l'être – et les mêmes ressources peuvent être mieux utilisées d'une autre façon. Le dépistage de la population doit être effectué dans le cadre d'un programme de dépistage organisé et comprenant certains éléments de base, depuis la détermination des populations cibles jusqu'au traitement, au suivi et à l'évaluation. Il n'est pas justifié de dépister de façon

inorganisée. Bien que cela puisse paraître simple, le montage d'un programme de dépistage est une tâche complexe, qui requiert qu'un grand nombre de choses fonctionnent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé. Les principes du dépistage de Wilson et Jungner demeurent la référence en matière de décision de mise en œuvre, et de poursuite ou d'arrêt d'un programme de dépistage, bien qu'ils nécessitent souvent un jugement expert et des bases factuelles de qualité, notamment pour réfléchir aux conséquences en termes de ressources, à l'efficacité et au rapport coût-efficacité, et pour l'adapter au contexte national. Lors de la décision de mise en œuvre d'un programme de dépistage, la vigilance est de mise de façon à se protéger contre les possibles intérêts commerciaux et la demande des patients induite par les fournisseurs. Il est essentiel que les décisions de mise en œuvre, de poursuite ou d'arrêt d'un programme de dépistage soient prises de façon transparente, en exposant clairement les arguments en faveur et en défaveur de la décision. Il importe également de cerner les obstacles empêchant d'atteindre l'efficacité maximale du programme et de mettre en place des mesures pour les surmonter. Les obstacles peuvent concerner les structures des systèmes de santé, tels que les modèles de paiement et la disponibilité des ressources humaines, physiques et financières. Les possibles solutions portent sur les modèles de financement encourageant une utilisation appropriée, l'amélioration du flux de l'information, l'acquisition des compétences adéquates par les agents de santé et la suppression des obstacles logistiques.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Réduire la souffrance psychique
des populations en situation de précarité.
Bibliographie sélective**

BEC E.

2020

Toulouse : CREAI ORS Occitanie

<https://drapps-occitanie.fr/wp-content/uploads/2020/03/A4-Bibliographie-the%CC%81matique-re%CC%81duire-la-souffrance-des-populations-en-situation-de-pre%CC%81carite%CC%81-1.pdf>

Cette bibliographie propose une sélection de références sur la souffrance psychique des populations en situation de précarité. Elle commence par proposer des données de cadrage sur le sujet avant de présenter les politiques publiques et recommandations en vigueur. Elle propose ensuite des exemples de prises en charge et des initiatives de terrain.

► **Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques**

CHAUVEAU C. ET WARIN P.

2020

Paris CNSA

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02413038>

Ce rapport présente les résultats d'une recherche réalisée dans trois départements métropolitains sur l'organisation d'un repérage précoce des troubles psychiques chez les personnes adultes. Son sujet est issu des résultats d'une précédente recherche réalisée par l'Odenore sur « La compensation du handicap psychique face au risque de non-recours ». Cette première enquête réalisée dans deux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) constatait la possibilité d'un non-recours à la Prestation de compensation du handicap (PCH) du fait que des personnes présentant un ou des troubles psychiques ne sont dans aucune démarche de reconnaissance d'un handicap ni a fortiori de demande d'ouverture de droit. Elle concluait sur le manque d'un « système d'action intégré sur les territoires »- qui aurait pour fonction d'orienter ces personnes vers les MDPH ou d'autres acteurs. De là est né le projet de travailler sur des pistes d'action avec des MDPH et des acteurs des territoires intervenant, ou pas, dans le champ du handicap et plus particulièrement du handicap psychique.

► **Cadre d'action en matière de santé mentale de la population**

SANTÉ PUBLIQUE SUDBURY ET DISTRICTS

2019

Ottawa Santé publique Sudbury et districts.

<https://www.phsd.ca/wp-content/uploads/2019/01/PHSD-Public-Mental-Health-Action-Framework-FR.pdf>

Le « Cadre d'action en matière de santé mentale de la population » de Santé publique Sudbury et districts est une feuille de route orientée vers l'action et l'engagement envers la santé mentale pour tous dans la communauté. Affirmer que sans santé mentale, il ne peut y avoir de santé signifie que nous valorisons autant la santé mentale que la santé physique. Comme la santé physique, la santé mentale et le bien-être sont influencés par les environnements sociaux, économiques et physiques dans lesquels les personnes travaillent, vivent et se divertissent, et les populations défavorisées sur le plan socio-économique sont touchées de façon disproportionnée par les problèmes et les difficultés liés à la santé mentale. Le bien-être mental est une préoccupation croissante, compte tenu de la hausse du pourcentage d'Ontariens et d'Ontariennes qui signalent avoir une santé mentale moyenne ou passable et avoir vécu des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales.

Sociologie

Sociology

► **Tous autonomes et vulnérables à la fois : état des lieux des publics fragiles**

BERHUET S., CROUTTE P. ET DE BARTHES J.

2020

Paris Credoc

Cette étude du Centre de recherche des consommations et modes de vie souligne que 66 % des Français sont confrontés à au moins une des 6 situations de fragilité identifiées. Parmi elles : handicap et santé dégradée (36 %), emploi (21 %), pauvreté (20 %), logement (19 %), isolement (13 %) et relégation ter-

ritoriale (11 %). En outre, 1/3 d'entre eux font face à des difficultés cumulées. Ainsi, les populations dans une situation de relégation territoriale sont souvent confrontées à d'autres facteurs de fragilités. Il n'existe donc pas d'un côté des personnes autonomes et de l'autre des publics fragiles, mais des moments de vie, des accidents de parcours qui peuvent faire basculer une personne dans une situation où l'écheveau des difficultés devient complexe à démêler. Le Credoc recommande de davantage agir en prévention dans une logique d'investissement social qui bénéficiera au plus grand nombre.

Primary Health Care

► **Coordination Of Health Care: Experiences Of Barriers To Accessing Health Services Among Patients Aged 45 And Over 2016**

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE
2020

Canberra Australian Institute of Health and Welfare

<https://www.aihw.gov.au/reports/primary-health-care/coordination-of-health-care-experiences-barriers/contents/table-of-contents>

Having timely access to health-care professionals when a person needs it is crucial to preventing, treating and managing health conditions. In 2016, 1 in 4 patients did not see a GP, and 1 in 8 patients did not see a specialist, even when they felt they needed to. This report looks at the associations between selected patient characteristics and self-reported experiences of barriers to accessing GPs and specialists.

► **La profession infirmière, une voix faite pour diriger vers un monde en bonne santé : Journée internationale des infirmières 2020**

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
2020

Genève Conseil international des infirmières

https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/03/IND_Toolkit_French_FINAL.pdf

Pour soutenir les infirmières en première ligne dans la lutte contre la flambée de COVID-19 et pour préparer la Journée internationale des infirmières, le 12 mai 2020, le Conseil International des Infirmières (CII) a publié un référentiel contenant des ressources et des données probantes. Le rapport alterne des études de cas présentées par des infirmières du monde entier, affichant les méthodes innovantes de leur travail, avec des contributions de spécialistes expliquant le cœur du métier, les défis auxquels les soins infirmiers sont confrontés et la façon dont le potentiel des soins infirmiers peut être exploité. Il étudie de près les différents aspects des soins infirmiers ainsi que les moyens d'améliorer les conditions de travail, le leadership des soins infirmiers et la sécurité des patients. Outre les études de cas figurant dans le rapport, le CII publie

chaque semaine une nouvelle étude de cas sur le site Web du CII.

► **L'invention de l'action organisée en médecine de ville**

BOURGEOIS I., BERGERON M. ET MOYAL A.
2019

In: [Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po.]. Paris : Sciences Po: 16-20.

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>

En France, les professions de santé sont régulées au niveau national. Hormis quelques régulations territoriales à l'installation chez les infirmiers et les pharmaciens d'officine notamment, les conventions que les syndicats représentatifs des différentes professions de santé passent avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), régissent les liens qu'ils entretiennent. Les médecins sont eux soumis jusqu'en 2020 au numéris clausus. Du côté des médecins, différentes conventions médicales (1998, 2005) ont progressivement fait évoluer la figure du médecin omnipraticien vers celle d'un professionnel de santé intervenant en première ligne. Pour autant, la régulation de la profession reste nationale et les modalités d'intervention conjointe, localement, des différents professionnels dits de « premier recours » ne sont pas pensées jusqu'au début des années 2000, période à laquelle apparaissent les premières réflexions sur une structuration de la production de soins de premier recours en France. Il faudra attendre 2009 pour que les soins de premier recours et les équipes de soins primaires soient définis dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

► **Pair-aidance, interprétariat et médiations**

CHAMBON N., TRAVERSO V., ZEROUG-VIAL H., *et al.*
2020

Rhizome(75-76): 204.

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Cahiers_Rhizome_75-76.pdf

Une transformation plus ou moins tranquille traverse aujourd'hui les structures sanitaires et sociales. D'un côté, les métiers représentés au sein des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux se retrouvent « fragilisés ». Des psychologues s'interrogent par exemple sur la pertinence de l'évolution de la psychiatrie publique – diffusion du concept de « rétablissement », développement de la réhabilitation psychosociale –, et sur leur place dans ces évolutions. Des soignants et des intervenants sociaux alertent également sur le manque de moyens pour mener à bien leur mission dans des structures en « crise ». D'un autre côté, se développent des métiers plus ou moins nouveaux (médiateur de santé-pair, interprète...) dont le nombre augmente chaque année. Ce développement est quantitatif, mais surtout qualitatif, puisque les formations qui sont proposées impliquent une « montée en compétences » de ces intervenants.

► **Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?**

CHEVILLARD G. ET MOUSQUES J.
2020

Questions d'économie de La Santé (Irdes)(247)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes diminue et les inégalités territoriales s'aggravent. Les territoires où l'accessibilité diminue le plus sont aussi les plus éloignés des pôles d'emplois, des équipements et des services. L'implantation des médecins généralistes s'inscrit donc dans une problématique territoriale plus générale. Elle est aussi, compte tenu de l'importance des questions de santé pour la population, un élément clé de la politique d'aménagement du territoire. Dans ce contexte, cette étude mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les catégories d'âge des médecins. Dans les territoires avec une

faible accessibilité aux soins, l'ouverture de maisons de santé favorise-t-elle l'installation et le maintien de nouveaux médecins généralistes? Permet-elle la consolidation et le maintien d'une offre de médecins? L'étude compare l'évolution dans le temps de la densité de médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines mais sans maison de santé. Les résultats montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires.

► **Office Visits Preventing Emergency Room Visits: Evidence From The Flint Water Switch**

DANAGOULIAN S., GROSSMAN D. S. ET SLUSKY D.
2020

NBER Working Paper Series ; 27098. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27098>

Emergency department visits are costly to providers and to patients. We use the Flint water crisis to test if an increase in office visits reduced avoidable emergency room visits. In September 2015, the city of Flint issued a lead advisory to its residents, alerting them of increased lead levels in their drinking water, resulting from the switch in water source from Lake Huron to the Flint River. Using Medicaid claims for 2013-2016, we find that this information shock increased the share of enrollees who had lead tests performed by 1.7 percentage points. Additionally, it increased office visits immediately following the information shock and led to a reduction of 4.9 preventable, non-emergent, and primary-care-treatable emergency room visits per 1000 eligible children (8.2%). This decrease is present in shifts from emergency room visits to office visits across several common conditions. Our analy-

sis suggest that children were more likely to receive care from the same clinic following lead tests and that establishing care reduced the likelihood parents would take their children to emergency rooms for conditions treatable in an office setting. Our results are potentially applicable to any situation in which individuals are induced to seek more care in an office visit setting.

► **Treatment Responses Of Mental Health Care Providers After A Demand Shock**

DOUVEN R., REMMERSWAAL M. ET VERVLIIET T.
2019

CPB Discussion Paper. La Hague CPB.

<https://www.cpb.nl/en/treatment-responses-mental-health-care-providers-after-demand-shock>

This paper investigates how two different groups of Dutch mental health care providers responded to an exogenous 20% drop in the number of patients in 2012. Providers that operated under a budget increase treatment duration on average by 8%. We find suggestive evidence for over-treatment as the longer treatments did not result in better patient outcomes. For the group of selfemployed providers, paid by a stepwise fee-for-service function, we find only a small significant increase in treatment duration for the least altruistic providers, which we relate to an income effect.

► **Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle**

FOURNIER C., BERGERON M. ET MOYAL A.
2019

In: [Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po.]. Paris : Sciences Po.

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) correspond au regroupement, sur un ou plusieurs sites, de professionnels de premier recours – au moins deux médecins généralistes et un paramédical – ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé » ajusté aux priorités de santé du territoire et avalisé par l'Agence régionale de santé (ARS). Le développement des MSP s'inscrit dans un mouvement ancien d'innovation organisationnelle, porté aujourd'hui par

des professionnels de santé libéraux avec le soutien des pouvoirs publics, mouvement dont nous rappelons tout d'abord les racines dans une première partie de ce texte. Dans une seconde partie, nous décrivons le travail développé par ceux qui s'engagent dans ce mode d'exercice, avec des motivations variées. Cela nous amène, dans une troisième partie, à analyser le choc culturel vécu par ces professionnels. Ce choc apparaît encore en voie d'extension avec l'engagement des équipes des MSP dans le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Résumé d'auteur).

► **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins**

LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., *et al.*
2019

Revue d'Économie Politique 129(4): 489-524.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-4-page-489.htm>

Dans de nombreux pays, les politiques et réformes ont explicitement encouragé l'intégration des organisations de soins primaires et la coopération pluri-professionnelle afin d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'offre de soins et lutter contre l'inégale répartition géographique des médecins. En France, la Direction de la Sécurité sociale et une association dénommée Asalée (« Action de santé libérale en équipe », depuis 2004) ont mis en place une expérimentation destinée à favoriser l'intégration verticale et le travail en équipe entre médecins généralistes et infirmières par la mise en place de nouveaux modes de rémunération et la formation d'infirmières sélectionnées. Cet article évalue l'extension de cette expérimentation sur la période 2010- 2016 en étudiant l'influence de cette coopération, mais aussi de l'organisation et des incitations financières à l'œuvre, sur l'activité des médecins généralistes appréhendée à partir de trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés (en file active et, parmi eux, ceux inscrits médecin traitant) et d'actes (consultations au cabinet et visites à domicile). Nous contrôlons autant que possible des biais d'endogénéité et de sélection en recourant à un design cas-témoins, selon une méthode d'appariement exact, et des méthodes d'estimation en différence de différences sur données de panel. Dans ce cadre, nous montrons un effet positif du dispositif

mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits médecin traitant (+6,87 %). En revanche, aucun effet significatif n'est mis en évidence sur le nombre de consultations et visites.

► **The Effects Of State Scope Of Practice Laws On The Labor Supply Of Advanced Practice Registered Nurses**

MARKOWITZ S. ET ADAMS K. E.

2020

NBER Working Paper Series ; 26896. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26896>

This paper studies the effects of changes in states' scope of practice laws (SOP) for advanced practice registered nurses (APRNs) on individual labor supply decisions. Restrictive SOP impose costs and other barriers to practice that may affect these decisions. Using survey data on APRNs, we analyze employment in nursing, work hours, part-time work status, multiple job holding, self-employment, wages, and migration. Results show that the level of SOP restrictions are not strong determinants of many labor market decisions, with a few exceptions. We find that hours worked and self-employment both increase when nurses practice in regulatory environments that are free from physician oversight requirements.

► **Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays**

MICHEL L. ET OR Z.

2020

Questions d'Économie de La Santé (Irdes)(248)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.pdf>

Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, oblige les systèmes de santé à repenser leur organisation. Répondre aux besoins des patients rend nécessaire une meilleure coordination de leurs prises en charge au confluent des soins primaires, de la médecine spécialisée et du médico-social. En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le déve-

loppement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée. A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, nous proposons ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Nous décrivons les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

► **The State Of The World's Nursing 2020**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2020

Genève OMS

<https://www.who.int/fr/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>

The State of the world's nursing 2020 report provides the latest, most up-to-date evidence on and policy options for the global nursing workforce. It also presents a compelling case for considerable – yet feasible – investment in nursing education, jobs, and leadership. The primary chapters of the report outline the role and contributions of nurses with respect to the WHO "triple billion" targets; the health labour market and workforce policy levers to address the challenges to nurses working to their full potential; the findings from analysis of National Health Workforce Account (NHWA) data from 191 Member States and progress in relation to the projected shortfall of nurses by 2030; and forward-looking policy options for an agenda to strengthen the nursing workforce to deliver the Sustainable Development Goals, improve health for all, and strengthen the primary health care workforce on our journey towards universal health coverage. The report concludes with a call to Member States and other stakeholders to commit to this agenda. The investments called for will drive progress toward Universal Health Coverage and across the Sustainable Development Goals including health but also education, gender, decent work and economic growth.

► **How To Enhance The Integration Of Primary Care And Public Health? Approaches, Facilitating Factors And Policy Options**

RECHEL B.

2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330491/19978073-eng.pdf>

This policy brief explores how primary care and public health can be brought together to improve the health of patients and populations. It describes the types of initiatives that have been undertaken; provides examples of such initiatives in Europe and beyond; and summarizes the factors that can help to enhance or hinder the integration of primary care and public health. The policy brief argues that there is a large overlap of activities between public health and primary care. In most European countries primary care performs some public health functions, while public health can help to make the provision of primary care more effective. The policy brief identifies organizational models of primary care that are conducive to integration with public health and describes the key systemic, organizational and interactional factors that can facilitate integration between the two domains.

► **Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?**

SILHOL J. ET VENTELOU B.

2020

Documents de travail ; G2020/01. Paris Insee.

<https://insee.fr/fr/statistiques/4303437>

Actuellement, on observe en France l'apparition de zones dans lesquelles le nombre de généralistes en regard des besoins de la population est très inférieur à la moyenne nationale. L'étude s'attache d'abord à mesurer des corrélations entre la densité médicale et certaines variables d'activité et de pratiques de prescription des médecins généralistes. Pour mesurer la densité médicale, nous nous appuyons sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) ainsi que sur le zonage de 2018 qui définit le périmètre des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) vers lesquelles sont fléchées les aides au maintien des généralistes. Les données utilisées sont celles du troisième panel d'observation des généralistes libéraux, enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS. Nous observons que la

sous-densité médicale va de pair avec des temps de consultation plus courts sans que le temps de travail du médecin ne soit affecté. Nous documentons également l'existence de corrélations entre la densité médicale et certains volumes de prescriptions. En particulier, les médecins des zones les moins denses prescrivent davantage d'antidouleurs (opioïdes) et moins de soins paramédicaux. Enfin, il semble que les actes de prévention soient moins fréquents dans les ZIP. L'étude s'intéresse encore aux modalités de sélection des ZIP. Cette sélection s'effectue en partie à l'aide d'un seuil sur l'indicateur d'APL, mais les Autorités Régionales de Santé (ARS) ont également la possibilité de sélectionner des communes. En utilisant des variables dont la première partie de l'étude a montré la corrélation avec la densité médicale, nous comparons cette sélection effectuée avec une sélection contrefactuelle qui aurait été entièrement centralisée et fondée uniquement sur l'indicateur d'APL. La sélection effectuée semble davantage refléter l'hétérogénéité des pratiques des médecins.

► **Bundled-Payment Models Around The World: How They Work And What Their Impact Has Been**

STRIJIS J. N., DE VRIESE F., BAAN C. A., *et al.*

2020

Commonwealth Fund Issue Brief

<https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/apr/bundled-payment-models-around-world-how-they-work-their-impact>

Understanding the impact of bundled-payment models on value in health care requires a better understanding of how design choices and implementation strategies affect cost and quality. This issue describes the key design elements of bundled-payment models and evaluates empirical evidence about their impact on quality of care and medical spending by scanning the scientific and grey literature.

Health Systems**► OECD Reviews Of Public Health: Korea. A Healthier Tomorrow**BAUBION C., CECCHINI M., HEWLETT E., *et al.*
2020

Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-public-health-korea_be2b7063-en

This review assesses Korea's public health system, highlights areas of strength and weakness, and makes a number of recommendations for improvement. The review examines Korea's public health system architecture, and how well policies are responding to population health challenges, including the growing burden of chronic disease, and resulting pressures on the health system. In particular, the review assesses Korea's policies to prevent harmful alcohol use, and the risks and opportunities around public health genomics in Korea, which is both a growing field in the health sector, and a booming commercial industry. The review also examines Korea's exposure to public health emergencies, and capacity to respond to emergencies as and when they occur.

► Productivity Of The English NHS: 2017/18 UpdateCASTELLI A., CHALKLEY M., GAUGHAN J., *et al.*
2020

CHE Research Paper Series ; 171. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP171_NHS_productivity_update2017_18.pdf

This report updates the Centre for Health Economics' time-series of National Health Service (NHS) productivity growth for the period 2016/17 to 2017/18. NHS productivity growth is measured by comparing the growth in outputs produced by the NHS to the growth in inputs used to produce them. NHS outputs include all the activities undertaken for NHS patients wherever they are treated in England. It also accounts for changes in the quality of care provided to those patients. NHS inputs include the number of doctors, nurses and support staff providing care, the equipment and clinical supplies used, and the facilities of hospitals

and other premises where care is provided. Between 2016/17 and 2017/18, NHS productivity grew by 1.26% when using the mixed measure of NHS input growth, which includes a direct (volume) growth measure for NHS Staff and an indirect (based on expenditure data) growth measure for materials and capital. Since 2009/10, NHS productivity growth has improved substantially faster than the overall economy, measured in terms of gross value added per hour worked (i.e. labour productivity). NHS outputs increased by 1.72% in 2017/18, adding about 0.35 percentage points to the cost-weighted growth rate. In 2017/18 NHS inputs show a modest increase of 0.46% when the mixed method is applied. The report also considers a range of alternative scenarios including using a fully indirect measure of growth inputs.

► Evaluation du système de protection sociale et de santé : appui au Gouvernement de la Polynésie françaiseDAGORN C., MEJANE J., PAULOT J. M., *et al.*
2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article771>

La Polynésie française s'est engagée, dès 1994, avec le concours de l'État, dans la mise en place d'une protection sociale généralisée (maladie, retraites, handicap et famille), gérée par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) propre à ce territoire. Ce régime, dont l'équilibre financier demeure fragile, a contribué à une amélioration de la condition sociale et de l'état de santé des Polynésiens. Le soutien de l'État repose quant à lui sur une convention signée en 2015, dont le renouvellement est en cours. Dans ce contexte, et à la demande du Président du gouvernement de la Polynésie, les trois inspections générales interministérielles –IGAS, IGA et IGF– sont intervenues conjointement pour accompagner le gouvernement de la Polynésie dans la réalisation d'un diagnostic et la définition d'un plan d'action en matière de solidarité et de santé. Dans son rapport, la mission souligne les réformes engagées mais aussi la nécessité de les poursuivre et de les intensifier afin, tout à la fois, de maîtriser l'évolution des dépenses à moyen terme et de répondre à des défis démogra-

phiques et de santé publique de grande ampleur. Le rapport fournit des pistes d'actions et des recommandations méthodologiques pour ce faire. Il recommande en outre que la future convention État-pays en matière de solidarité permette de cibler les concours de l'État sur des objectifs sanitaires et sociaux précis, dans le respect naturellement des responsabilités de la Collectivité relatives à l'administration de son système de protection sociale, conformément à son statut d'autonomie.

► **Is Two-Tier Health Care The Future?**

FLOOD C. M. ET THOMAS B.
2020

Ottawa : University of Ottawa Press

<https://press.uottawa.ca/is-two-tier-health-care-the-future.html>

Canadians are deeply worried about wait times for health care. Entrepreneurial doctors and private clinics are bringing Charter challenges to existing laws restrictive of a two-tier system. They argue that Canada is an outlier among developed countries in limiting options to jump the queue. This book explores whether a two-tier model is a solution. In "Is Two-Tier Health Care the Future?", leading researchers explore the public and private mix in Canada, Australia, Germany, France, and Ireland. They explain the history and complexity of interactions between public and private funding of health care and the many regulations and policies found in different countries used to both inhibit and sometimes to encourage two-tier care, such as tax breaks. This edited collection provides critical evidence on the different approaches to regulating two-

tier care across different countries and what could work in Canada.

► **Health System Review : Norway**

SPERRE SAUNES. I., KARANIKOLOS M. ET SAGAN A.
2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

This analysis of the Norwegian health system reviews recent developments in organization and governance, health financing, health care provision, health reforms and health system performance. Norway is among the wealthiest nations in the world, with low levels of income inequality. Norwegians enjoy long and healthy lives, with substantial improvement made due to effective and high-quality medical care and the impact of broader public health policies. However, this comes at a high cost, as the Norwegian health system is among the most expensive in Europe, with most financing coming from public funds. Yet there are several areas requiring substantial co-payments, such as adult dental care, outpatient pharmaceuticals, and institutional care for older or disabled people. Recent and ongoing reforms have focused on aligning provision of care to changing population health needs, including adapting medical education, strengthening primary care and improving coordination between primary and specialist care sectors. There has been an increasing use of e-health solutions, and information and communication technologies. Improvements in measuring performance and a more effective use of indicators is expected to play a larger role in informing policy and planning of health services.

Travail et santé

Occupational Health

► **Working At Older Ages: Why It's Important, How It Affects Health, And The Policy Options To Support Health Capacity For Work**

AVENDANO M. ET CYLUS J.
2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/working-at-older-ages-why-its-important-how-it-affects-health-and-the-policy-options-to-support-health-capacity-for-work-2019>

This policy brief critically examines the economic arguments for later retirement and longer working careers in response to population ageing. It supports the view that dominant policy approaches such as increasing the statutory retirement age are often overshadowed

by a lack of attention to two critical questions: firstly, are older workers in sufficiently good health to work longer? And secondly, does increasing the statutory retirement age have consequences, negative or positive, for the health of older workers? The brief argues that a more comprehensive approach is necessary to ensure longer working careers. It argues that health systems are instrumental to achieving this goal, particularly by embracing policies that support older people's health through the workplace, and incentivising employers to create supportive environments for older people.

► **The Impact Of Benefit Generosity On Workers' Compensation Claims: Evidence And Implications**

CABRAL M. ET DILLENDER M.

2020

NBER Working Paper Series ; 26976. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26976>

Optimal insurance benefit design requires understanding how coverage generosity impacts individual behavior and insured costs. Using unique comprehensive administrative data from Texas, we leverage a sharp increase in the maximum weekly wage replacement benefit in a difference-in-differences research design to identify the impact of workers' compensation wage replacement benefit generosity on individual behavior and program costs. We find that increasing the generosity of wage replacement benefits does not impact the number of claims but has a large impact on claimant behavior, leading to longer income benefit durations and increased medical spending. Our estimates indicate that behavioral responses to increased benefit generosity raised insured costs nearly 1.5 times as much as the mechanical effect on insured costs from the benefit increase. Drawing on these estimates along with an estimate of the consumption drop experienced by injured workers, we calibrate a model to estimate the marginal welfare impact of increasing the generosity of workers' compensation wage replacement benefits. This calibration suggests that increasing benefit generosity would not improve welfare, with much of the projected welfare loss attributable to the impact of income benefit generosity on medical spending.

► **A Natural Experiment On Job Insecurity And Fertility In France**

CLARK A. E. ET LEPINTEUR A.

2020

IZA Discussion Paper Series ; 13144. Bonn Iza.

<https://ecoftp.iza.org/dp13144.pdf>

Job insecurity can have wide-ranging consequences outside of the labour market. We here argue that it reduces fertility amongst the employed. The 1999 rise in the French Delalande tax, paid by large private firms when they laid off workers aged over 50, produced an exogenous rise in job insecurity for younger workers in these firms. A difference-in-differences analysis of French ECHP data reveals that this greater job insecurity for these under-50s significantly reduced their probability of having a new child by 3.9 percentage points. Reduced fertility is only found at the intensive margin: job insecurity reduces family size but not the probability of parenthood itself. Our results also suggest negative selection into parenthood, as this fertility effect does not appear for low-income and less-educated workers.

► **Is Precarious Employment Bad For Worker Health? The Case Of Zero Hours Contracts In The UK**

FARINA E., GREEN C. ET MCVICAR D.

2020

IZA Discussion Paper Series ; 13116. Bonn Iza.

<https://ecoftp.iza.org/dp13116.pdf>

The increasing numbers of workers in employment with little to no job security, so-called precarious employment, has led to a range of concerns over worker outcomes. A particular focus is the effect of instability on health in general, and particularly, mental health. We provide new evidence on this, focusing on an extreme form of precarious employment that has grown rapidly in the UK, zero-hours contracts (ZHCs). We demonstrate that workers employed on ZHCs are more likely to report a long-lasting health problem than workers employed on other types of contract. In particular, reported levels of mental ill health are higher (almost double) among ZHC workers than for other workers. These associations remain, and a positive association between ZHC employment and physical ill health emerges, after controlling for a rich set of observable characteristics. Estimated associations vary little between different demographic groups, although they are concentrated in parts of the economy where

underlying job instability is likely to be higher. Finally, we exploit sectoral variation in the historical prevalence of ZHC-like employment, in an instrumental variables framework, to demonstrate large and potentially causal effects of ZHC employment on reporting a long-lasting health problem and on mental ill health, but no effect on physical health. It is unlikely that these effects are currently factored into short-term employment conditions or that they attract compensating wage differentials.

► **Maintenir en emploi ou soutenir le travail ? La place de la santé au fil des parcours professionnels. Actes du séminaire annuel «Âges et Travail », mai 2018**

GAUDART C., VOLKOFF S., MOLINIE A. F., *et al.*
2020

Paris : CEET ; Cnam : Creapt

<http://ceet.cnam.fr/publications/rapports-de-recherche/maintenir-en-emploi-ou-soutenir-le-travail-la-place-de-la-sante-au-fil-des-parcours-professionnels-1152315.kjsp>

On peut en effet partir du constat que les problèmes de santé, plus ou moins durables, qui surviennent au cours de la vie active, sont porteurs d'incertitude sur la poursuite, la reprise ou l'infléchissement du parcours professionnel. À ce titre ils préoccupent les travailleurs concernés, les collègues, l'encadrement, ainsi que tous les acteurs que leur fonction amène à intervenir. Ce sont ces préoccupations (pointées ou non sur des phénomènes précis et formalisés comme les absences pour maladie ou les restrictions d'aptitudes) qui souvent s'expriment en termes de perspectives de « maintien en emploi » et d'actions menées dans ce but.

► **Mandated Sick Pay: Coverage, Utilization, And Welfare Effects**

MACLEAN J. C., PICHLER S. ET ZIEBARTH N. R.
2020

NBER Working Paper Series ; 26832. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26832>

This paper evaluates the labor market effects of sick pay mandates in the United States. Using the National Compensation Survey and difference-in-differences models, we estimate their impact on coverage rates, sick leave use, labor costs, and non-mandated fringe benefits. Sick pay mandates increase coverage signif-

icantly by 13 percentage points from a baseline level of 66%. Newly covered employees take two additional sick days per year. We find little evidence that mandating sick pay crowds-out other non-mandated fringe benefits. We then develop a model of optimal sick pay provision along with a welfare analysis. Mandating sick pay likely increases welfare.

► **Rising Burdens Of Proofs And The Grand Bargain Of Workers' Compensation Laws**

YUAN A. ET FISHBACK P.

2020

NBER Working Paper Series ; 26980. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w26980>

Nearly every state has amended workers' compensation laws in the last two decades and the national averages of cash and medical benefits paid per covered worker have declined. As a result, writers have suggested that the states might be cutting back on workers' compensation benefits. We show that measures of the statutory benefits have been rising over time, a trend that work against the declining trend in average payouts per covered worker. A decline in accident rates at the national level has contributed to the decline in payouts. We then investigate the impact of specific state laws related to burdens of proof and limits on medical coverage after developing an annual panel data set for all states between 1997 and 2016. The results show that state laws that ban liberal construction of the rules and apportion benefits based on pre-existing conditions contribute to sharp declines in the states where they are enacted.

Aging

► Preventive Home Visits

BANNENBERG N., FORLAND O., IVERSEN T., *et al.*
2019

Cinch Series ; #2019/07. Essen Cinch.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:duh:wpaper:1907&r=age>

This paper evaluates the introduction of preventive home visits (PHV) for older people in Norway. Their purpose is to support autonomy and independence as well as preventing disability and nursing home admissions. We contribute to the literature by exploiting a natural experiment in Norwegian municipalities. Our results show that the introduction of a PHV program significantly changes the use of local public resources away from nursing homes, while increasing the utilization of home-based care. Further, PHVs lead to a decline in hospital admissions by 8 percent – whereas treatments for mental health conditions remain unaffected. Mortality is reduced by 4 percent in the age group 80 and above.

► Un système de retraite « universel » ? Les inégalités du travail à la retraite

BIGI M., BREBION C., CHAMBARD O., *et al.*
2020

Connaissance De L'emploi : Le 4 Pages Du Ceet(156)

<http://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/un-systeme-de-retraite-universel-les-inegalites-du-travail-a-la-retraite>

Le projet de réforme des retraites, présenté le 24 janvier 2020 en Conseil des ministres, propose de remplacer le système de protection sociale actuel, jugé trop complexe et inégalitaire, par un système dit « universel », présenté comme plus juste où chacun.e contribuerait désormais de manière identique, quelle que soit la nature de son travail et son statut d'emploi. À partir d'une lecture du projet de réforme et de son étude d'impact par des chercheur.e.s spécialistes du travail et de l'emploi, ce numéro spécial de Connaissance de l'emploi montre que cette réforme poursuit une logique d'individualisation des politiques sociales, dans laquelle les pensions sont davantage fonction des carrières individuelles, au risque de reproduire, voire de renforcer, les inégalités de carrière à l'âge de la retraite.

► Can Your House Keep You Out Of A Nursing Home?

DIEPSTRATEN M., DOUVEN R. WOUTERSE B., *et al.*
2019

CPB Discussion Paper; 397. La Hague CPB.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpb:discus:397.rdf&r=age>

We examine the impact of the accessibility of an older individual's house on her use of nursing home care. We link administrative data on the accessibility of all houses in the Netherlands to data on long-term care use of all older persons from 2011-2014. We find that older people living in more accessible houses are less likely to use nursing home care. The effects increase with age and are largest for individuals aged 90 or older. The effects are stronger for people with physical limitations than for persons with cognitive problems. We also provide suggestive evidence that older people living in more accessible houses substitute nursing home care by home care.

► The Effects Of The Increase In The Retirement Age In The Netherlands

DOUVEN R., REMMERSWAAL M. ET VERVLIIET T.
2019

CPB Discussion Paper; 408. La Hague CPB.

<https://www.cpb.nl/en/node/160095#docid-160097>

We study the effects of the recent increases in the statutory retirement age in the Netherlands. The statutory retirement age increased stepwise from 65 years in 2013 to 65 years and 9 months in 2017. To estimate the effects of this reform we use differences-indifferences and administrative data on the universe of the Dutch elderly population. Employment increases by about one third of the drop in retirement. The use of social insurance also increases by about one third of this drop. Net budgetary savings are about 80% of direct savings on retirement benefits.

► **Les personnes âgées et leurs aidants : besoins, satisfaction des besoins sur les aspects social-santé, leviers de leur participation : revue de la littérature**

FOGLIA T., FIET C. ET MORGNY C.

2020

Dijon : Ors Franche Comté

<http://www.orsbfc.org/les-personnes-agees-et-leurs-aidants>

L'Agence régionale de la santé Bourgogne Franche Comté a confié à l'Observatoire régional de la santé une revue de la littérature sur les besoins des personnes âgées et de leurs aidants. Cette revue questionne notamment l'adéquation de l'offre à ces besoins. Il s'agit également de rendre compte des leviers de la participation de ces populations. Si leurs comportements en matière de santé semblent plus favorables globalement, des différences sont très marquées en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques. La question du maintien à domicile est centrale et transversale : l'offre de santé doit s'adapter pour permettre un meilleur aménagement du domicile et des environnements urbains et ruraux favorables à la mobilité et l'accessibilité. Concernant les actions de prévention ciblant les personnes âgées, elles restent encore axées sur la volonté de réduction ou de report de pathologies spécifiques. Des leviers en termes d'approches globales pourraient être développés, ayant pour objet le bien être de ces populations. Cibler les personnes défavorisées socialement pourrait réduire les inégalités d'accès à la prévention (les actions en population générale sont souvent captées par les plus favorisés). Les aidants occupent une part non négligeable de leur temps à l'aide, quelquefois au détriment de leur santé. Des dispositifs d'aide aux aidants sont développés, mais ils ne questionnent pas suffisamment les résistances au soutien et ne sont pas assez modulables. La participation des populations étudiées reste pour le moment essentiellement consultative et non spécifique aux personnes âgées. Son développement appelle des changements dans les rapports de pouvoir et de savoir, comme le montrent les expériences de santé communautaire.

► **Long-Term Care Insurance Effects On Japan's Regional Economy: An Approach Linking Theoretical With Empirical Analysis**

HASEGAWA R. ET YASUOKA M.

2020

Discussion Paper Series 209.

<https://ideas.repec.org/p/kgu/wpaper/209.html>

Long-term care insurance plays an important role in Japan, where dual problems of an aging population and low birthrate have continued. Such insurance affects the macro-economy through many mechanisms, with both negative and positive influences. Although increased taxes and insurance premiums from long-term care decrease consumption, decreasing precautionary saving eventually increases consumption because of decreased risks of long-term care and mitigation of self-payment for people receiving long-term care services. Furthermore, effects on household consumption by the aging population and low birthrate are expected to differ among regional economies. This study, particularly addressing insurance effects on household consumption and the regional economy, develops a theoretical model for household consumption and assesses numerical examples of macroeconomic effects using parameters that are consistent with data for Japan. Furthermore, using a multi-regional input/output (MRIO) table at the prefectural level in Japan, we examine long-term care insurance effects on household consumption and economic ripple effects occurring regionally and nationally. The results reveal differences in insurance effects by region and by household generation. Gross Domestic Product (GDP), representing total economic activity, rises. Gross Regional Product (GRP) can also be pulled up. However, because of a difference in the degrees of increase in GRP in the respective regions, GRP inequality can be magnified. Specifically considering these results, we assess relations between regional economic disparities and improvements in long-term care insurance.

► **Le Recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile. Avis et rapport**

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

2020

Paris HCFEA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Malgré les objectifs, le taux de personnes âgées vulnérables vivant à domicile ne s'améliore pas. Depuis 2008, 40 % des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivent en établissement. Pour une véritable amélioration du maintien à domicile, le HCFEA publie son avis sur « le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile ». En préambule, il y constate que les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ne sont pas en l'état de répondre à la hauteur des enjeux du vieillissement, alors que leur développement constitue une des trois priorités de la politique de l'offre (avec les moyens des Ehpad et le soutien aux aidants). L'avis plaide pour rénover le secteur de l'aide à domicile en diversifiant ses missions : prévention santé, contre l'isolement, aménagement du domicile, apprendre à utiliser les aides techniques... Il estime qu'un vrai renforcement des SAAD nécessitera une augmentation de 30 % du volume des heures prestées et une revalorisation du tarif horaire de 4 €, tout en développant l'emploi direct. Dans le cadre de leur financement, il propose un tarif national de facturation opposable à l'ensemble des SAAD pour leur garantir les ressources nécessaires à leur bon fonctionnement et réduire les inégalités de reste à charge. Si le coût de ces mesures est évalué à près de 3,5 Mds d'€, la baisse du taux de placement en établissement de 5 % permettrait d'économiser 1,6 Md d'€.

► **Retraite : pour un régime équilibré**

INSTITUT MONTAIGNE

2020

Paris : Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/publications/retraites-pour-un-regime-equilibre>

Cette note de l'Institut Montaigne propose d'augmenter l'âge moyen de départ à la retraite, ce qui permettrait de renforcer la croissance, tout en accroissant les filets sociaux pour les actifs les plus âgés et les plus fragiles.

► **Population Ageing And The Macroeconomy**

LISACK N., SAJEDI R. ET THWAITES G.

2019

Working paper ; WP #745. Paris Banque de France.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bfr:banfra:745&r=age>

We quantify the impact of demographic change on real interest rates, house prices and household debt in an overlapping-generations model. Falling birth and death rates across advanced economies can explain much of the observed fall in real interest rates and the rise in house prices and household debt. Since households maintain relatively high wealth levels throughout retirement, these trends will persist as population ageing continues. Countries ageing relatively slowly, like the US, will increasingly accumulate net foreign liabilities. The availability of housing as an alternative store of value attenuates these trends, while raising the retirement age has limited effect.

► **Ageing And Health Care Expenditures: A Non-Parametric Approach**

LORENZ N., IHLE P. ET BREYER F.

2020

Cesifo Working Papers; 8216. Munich Cesifo.

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_8216.html

One of the most important controversies in health economics concerns the question whether the imminent aging of the population in most OECD countries will place an additional burden on the tax payers who finance public health care systems. Proponents of the "red-herring hypothesis" argue that this is not the case because most of the correlation of age and health care expenditures (HCE) is due to the fact that the mortality rate rises with age and HCE rise steeply in the last years before death. The evidence regarding this hypothesis is, however, mixed. Our contribution to this debate is mainly methodological: We argue that the relationship of age, time to death (TTD) and HCE should be estimated non-parametrically. Using a large panel data set from the German Statutory Health Insurance, we first show that the parametric approach overestimates the expenditures of the high age classes and thus overstates the increase of future HCE due to aging. Secondly, we show that the non-parametric approach is particularly useful to answer the question whether age still has an impact on HCE once TTD is taken into account and find that it is clearly the case. This relationship is even more pronounced for long-

term care expenditures (LTCE). We then show that the age-expenditure relationship is not stable over time: for many age classes, HCE in the last year of life grow considerably faster than HCE of survivors. We explore the impact of these findings on the simulation of future HCE and find that population aging will in fact contribute to rising HCE in the coming decades. We also find that the impact of different population projections provided by the statistical offices has a greater impact on these simulations than previously acknowledged. However, the total impact of demographics on future HCE and LTCE is dwarfed by the exogenous time trend, which is due to medical progress and increasing generosity of public LTC insurance.

► **Elderly Care Supply Systems And Services Which Decrease Elderly Care Requirements**

OGURO K., ISHIDA R. ET YASUOKA M.
2020

RIETI Discussion paper series 20-E-020. Tokyo Research Institute of Economy, Trade and Industry.
<https://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/20e020.pdf>

In Japan, total elderly care costs continue to increase because of the aging of the population. An overall increase in elderly care costs will raise government expenditures because the elderly care system in Japan is financed mainly with public funds. To reduce elderly care costs, some services exist which reduce the need for elderly care services. For these analyses, we created a model with ordinary elderly care services and services which reduce the need for elderly care to ascertain how these services should best be supplied. The results are as follows: if these two services are provided by different service providers, the reduction in the necessary elderly care service is less than for the case in which that the service is provided by the same provider. Moreover, in order to minimize the total costs of elderly care provided by the government, our paper derives the appropriate remuneration for services that reduce the need for elderly care.

► **The Effectiveness Of Social Protection For Long-Term Care In Old Age : Is Social Protection Reducing The Risk Of Poverty Associated With Care Needs ?**

OLIVEIRA HASHIGUCHI T.C., LLENA-NOZAL A.
2020

OECD Health Working Papers ; 117. Paris OCDE.
<https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>

Au fur et à mesure que les personnes vieillissent et leur santé décline, ils sont plus enclins à avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne : ces besoins constituent ce que l'on définit par les soins de longue durée (SLD). Les pays de l'OCDE vont faire face à des défis importants pour trouver un équilibre entre la viabilité des finances publiques et la provision optimale de la protection sociale contre les risques financiers associés aux besoins de longue durée étant donné la demande croissante des besoins due au vieillissement de la population et les coûts importants des soins, excédant les revenus médians et s'étalant sur plusieurs années. Cette étude contient les premières estimations comparatives de l'adéquation, l'équité et l'efficacité des systèmes de protection sociale des soins de longue durée pour les personnes âgées dans les pays de l'OCDE et l'UE. L'étude montre les variations entre les pays et les régions concernant les coûts des services des SLD, le montant de la couverture sociale publique, le reste-à-charge et les risques de pauvreté associés en utilisant des « cas typiques » des besoins de SLD afin d'établir une comparabilité internationale et se basant sur différents niveaux de sévérité des besoins et de la provision des soins. Les résultats quantitatifs illustrent également l'organisation des différentes prestations dans les pays, notamment les mécanismes de répartition des coûts. L'étude contient également des simulations des impacts distributifs de certains scénarios comme l'introduction de la gratuité des soins incluant des soins personnels et certaines réformes en Irlande et en Angleterre.

► **Older People’s Hospital Admissions In The Last Year Of Life**

PUBLIC HEALTH ENGLAND
2020

Londres : Public Health England

<https://www.gov.uk/government/publications/older-peoples-hospital-admissions-in-the-last-year-of-life>

The analysis of hospital admissions and how these vary amongst people in their last year of life can give a better understanding of their requirements for palliative and end of life care. The NHS is seeking to minimise the number and length of hospital admissions for all age groups in the coming years, as part of the NHS Long Term Plan. In particular, the NHS aims to reduce avoidable hospital admissions and increase the level of care provided in the community for older people towards the end of life. This report explores the relationship between hospital admissions and age, sex, cause of death in people aged 75 years and older, who comprise the majority (~69%) of all people who die. The hospital admissions considered include emergency admissions, planned admissions and day cases. It describes: number and type of admissions ; proportion of admissions that were emergency admissions within 30 days of a previous discharge.

► **Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées**

RAMOS-GORAND M.
2020

Dossiers De La Drees (Les)(51)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd51.pdf>

Ce document propose de quantifier, à l’échelle départementale, l’activité des aides à domicile, infirmiers libéraux et aides-soignants des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des professionnels des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce document croise plusieurs sources afin d’estimer, à la fois en temps passé auprès des personnes et en termes de financements publics, la part des différents acteurs de l’accompagnement, répondant ainsi à un besoin de connaissance transversale. Ce Dossier de la Drees vise à documenter deux problématiques : celle de l’adéquation de l’offre aux besoins, et celle de l’équité de l’accompagnement sur les territoires. On estime à environ 708 millions les heures passées par des professionnels directement auprès de personnes âgées en 2011, dans le cadre de l’accompagnement de leur dépendance.

► **Projections Of Older People Living With Dementia And Costs Of Dementia Care In The United Kingdom, 2019–2040**

WITTENBERG R., HU B., BARRAZZA-ARAIZA L., *et al.*
2019

London London School of Economics and Political Science

The risk of developing dementia increases exponentially with age. As population ageing continues to accelerate in the UK and worldwide, the number of people living with dementia is set to rise sharply in the decades to come (Livingston et al. 2017). To plan effectively for their care and support, it is important to understand the level of care likely to be required to meet future care needs and the associated care costs. This report provides projections of the number of older people (aged 65 and over) living with dementia and the costs of healthcare, social care and unpaid care for older people living with dementia from 2019 to 2040 in the four countries of the United Kingdom (England, Northern Ireland, Scotland and Wales). Projections for local authorities in England are presented in Annex 1. These projections were commissioned by the Alzheimer’s Society.

Index des auteurs Author index

A

Abu-Zaineh M.	9
Adams K. E.	31
Aggarwal S.	25
Aiglepierre R.	20
Albis H.	13
Allen J.	23
Ameriks J.	12
Angelo C.	23
Atal J. P.	9
Australian Institute of Health and Welfare	20 , 28
Avendano M.	34
Azarnert L. V.	25

B

Baan C. A.	32
Baicker K.	10
Bailey Jones J.	13
Bakx P.	15
Bannenberg N.	37
Barrazza-Araiza L.	41
Baubion C.	33
Bec E.	26
Beltempo M.	11
Bergeron M.	28 , 30
Berhuet S.	27
Bernard V.	10
Bigi M.	37
Bonnet C.	13
Bourgarel S.	19
Bourgeois I.	28
Boyce T.	23
Brebion C.	37
Bresson M.	11
Breyer F.	39
Briggs I.	12

C

Cabral M.	35
Caplan A.	12
Castelli A.	33
Cecchini M.	33
Chalkley M.	33
Chambard O.	37
Chambon N.	29
Chan Chee C.	17
Chanel O.	9
Chauveau C.	27
Chauvin P.	22
Chevillard G.	29
Chin F.	17
Chojnicki X.	13
Clark A. E.	35
Coldefy M.	18
Conseil international des infirmières	28
Conseil national du numérique	11
Courtemanche C. J.	16
Croutte P.	27
Cylus J.	34

D

Dagorn C.	33
Danagoulian S.	29
Danel A.	19
Dave D. M.	16
David A.	20
De Barthes J.	27
Decicca P.	25
Delbos V.	19
De Nardi M.	13
Dench D. L.	16
Desjeux C.	19
De Vriese F.	32
Diepstraten M.	37
Dillender M.	35
Dizon-Ross R.	25
Douven R.	24 , 30 , 37
Dudel C.	22

E

Eichenbaum M. S.....	13
Emmanuelli J.....	19
Estecahandy P.....	22
Etile F.....	21

F

Fang H.....	9
Farina E.....	35
Fiet C.....	38
Finkelstein A.....	10
Fishback P.....	36
Fleuret S.....	18
Flood C. M.....	34
Foglia T.....	38
Fonds Monétaire International.....	14
Fonseca R.....	14
Forland O.....	37
Fournier C.....	30
Franc C.....	30
French E.....	13
Frisvold D. E.....	16
Fritjers P.....	21

G

Gallic G.....	10
Gandre C.....	14
Garcia J. L.....	21
Gaudart C.....	36
Gaughan J.....	33
Gentilini M.....	21
Gerardin I.....	19
Girard V.....	22
Glied S. A.....	14
Glotaïn M.....	15
Green C.....	35
Griffin B. A.....	24
Grossman D. S.....	29
Guchet F.....	19

H

Ha C.....	17
Hale J. M.....	22
Hall J.....	14
Hasegawa R.....	38
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.....	9, 39
Heckman J. J.....	21
Hewlett E.....	33
Hinde S.....	15
Hu B.....	41

I

Ihle P.....	39
Insee.....	11
Institut Montaigne.....	39
International Agency for Research on Cancer.....	17
Ishida R.....	40
Iversen T.....	37

J

Janke K.....	18
Jimenez-Gomez D.....	16
Johnston D. W.....	21

K

Kaestner R.....	22
Karanikolos M.....	34
Karlsson M.....	9
Kattenberg M.....	15
Kenkel D. S.....	16, 25
Kerouedan D.....	21
Kunreuther H.....	9

L

Lacroix G.....	11
Langot F.....	14
Leach B.....	23
Lee K.....	18
Leon O.....	10
Lepinteur A.....	35

Lescher M.	20
Levionnois C.	20
Lisack N.	39
Llena-Nozal A.	40
Lorenti A.	22
Lorenz N.	39
Lorient C.	19
Lortie-Forgues H.	15
Loussouarn C.	30
Lovenheim M. F.	25
Lucas-Gabrielli V.	18

M

Maclean J. C.	36
Makhloufi K.	9
Marabet B.	19
Markowitz S.	31
Marmot M.	23
McDaid D.	26
McVicar D.	35
Mejane J.	33
Michaud P. C.	14
Michel L.	31
Ministère chargé de la santé	12
Molinie A. F.	36
Monneraud L.	12
Montagni I.	12
Morgny C.	38
Mousques J.	29
Moyal A.	28, 30

N

Non M.	24
-------------	----

O

Oguro K.	40
Oliveira Hashiguchi T.C.	40
Omalek L.	15
Organisation mondiale de la santé	31
Or Z.	14, 31

P

Paulot J. M.	33
Pauly M.	9
Pavlova M.	15
Pichler S.	36
Pilorge C.	15
Propper C.	18
Public Health England	41

R

Rajan S.	26
Ramos-Gorand M.	41
Rebelo S.	13
Rechel B.	32
Remmerswaal M.	30, 37
Rodriguez-Rincon D.	23

S

Sacarny A.	10
Sagan A.	26, 34
Sajedi R.	39
Santé publique Sudbury et districts	27
Schiman C.	22
Schuler M. A.	24
Silhol J.	32
Sirven N.	20
Slusky D.	29
Stahl-Timmins W.	12
Struijs J. N.	32
Stuart E. A.	24

T

Tambor M.	15
Thomas B.	34
Thwaites G.	39
Trabandt M.	13
Traverso V.	29

V

Van Kleef F.	24
Ventelou B.	32

Vervliet T.	30 , 37
Videau Y.	30
Volkoff S.	36

W

Walker S.	15
Ward J. M.	22
Warin P.	27
Werbeck A.	23
Wittenberg R.	41
Wouterse B.	37
Wübker A.	23

Y

Yasuoka M.	38 , 40
Yuan A.	36

Z

Zeroug-Vial H.	29
Zhu B.	14
Ziebarth N. R.	23 , 36
Zucker A. D.	25