

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Novembre 2020 / November 2020

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
E-santé – technologies médicales	<i>E-health- Health technologies</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique Publique	<i>Public Policy</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaire	<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

- 11 **Mortality Effects And Choice Across Private Health Insurance Plans**
Abaluck J., Caceres Bravo M. M., Hull P., et al.
- 11 **Protection sociale complémentaire des agents publics. Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière**
Chaumel D., Gratieux L., Lidsky V., et al.
- 11 **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales**
Cour des Comptes
- 11 **Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire. Rapport d'activité 2019**
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire
- 12 **Are All Managed Care Plans Created Equal? Evidence From Random Plan Assignment In Medicaid**
Geruso M., Layton T. et Wallace J.
- 12 **Health Insurance Menu Design For Large Employers**
Ho K. et Lee R. S.
- 12 **The Social Determinants Of Choice Quality: Evidence From Health Insurance In The Netherlands**
Kaplan G., Moll B. et Violante G. L.
- 13 **Heterogeneous Effects Of Health Insurance On Birth Related Outcomes: Unpacking Compositional Vs. Direct Changes**
Mia J. et Simon K.
- 13 **The Public-Private Mix In France: A Case For Two-Tier Health Care**
Or Z., Pierre A., Flood C. M., et al.
- 13 **Distinguishing Moral Hazard From Access For High-Cost Healthcare Under Insurance**
Robertson C., Yun A. et Zhang W.
- 13 **Protection sociale complémentaire des agents publics**
Shapira I., Desforges C., Gratieux L., et al.
- 14 **Glossaire de l'assurance complémentaire**
Unocam
- 14 **The Impact Of Reforms Of National Health Insurance On Solidarity In The Netherlands: Comparing Health Care Insurance And Long-Term Care Insurance**
Van Der Aa M. J., Paulus A. T. G., Klossek S., et al.

Démographie Demography

- 14 **Comment l'enquête Trajectoires et Origines a changé la donne sur les statistiques ethniques en France**
Guilyardi C. et Simon P.

Économie de la santé Health Economics

- 15 **What Can Economics Say About Alzheimer's Disease?**
Chandra A., Coile C. et Mommaerts C.
- 15 **Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 15 **A Satellite Account For Health In The United States**
Cutler D. M., Ghosh K., Messer K., et al.
- 16 **Health Economics And Policy. Selected Writings By Victor Fuchs**
Fuchs V. R.
- 16 **Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020**
Gonzalez L., Heam J. C., Mikou M., et al.
- 16 **Determinants Of Social Expenditure In OECD Countries**
Halg F., Potrafke N. et Sturm J. E.
- 16 **Rapports HCFiPS sur la protection sociale des travailleurs indépendants**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

- 17 **Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2021**
Haut Conseil des Finances Publiques
- 17 **Alcohol Pricing In The WHO European Region: Update Report On The Evidence And Recommended Policy Actions**
OMS Europe
- 17 **Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021 (avant- projet)**
Ministère chargé de la Santé
- 18 **Quels restes à charge en France ?**
Raynaud D.
- 18 **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux**
Vanlerenberghe J.M.

E-santé – technologies médicales *E-health- Health technologies*

- 18 **Déploiement de la 5G en France et dans le monde : aspects techniques et sanitaires**
Aballea P., Robineau F. M., Viossat L. C., et al.
- 18 **Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour le secteur santé : rapport public 2019**
Agence du Numérique en Santé
- 19 **Faire du numérique un accélérateur de diversité**
Bakkine A. et Toko S.
- 19 **Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée**
Cnam
- 19 **Rapport d'information sur le dossier médical partagé et les données de santé**
Isaac-Sibille C.
- 20 **Numérique en Santé : trois exemples pour nourrir la réflexion en France - Etude du think tank Numérique DM et santé**
Think tank Numérique DM et Santé

État de santé *Health status*

- 20 **Des mondes d'influence : Comprendre ce qui détermine le bien-être des enfants dans les pays riches**
Centre de Recherche Innocenti
- 20 **Regional Differences In Diabetes Across Europe: Regression And Causal Forest Analyses**
Elek P. et Biro A.
- 21 **Mental Health, Men And Culture: How Do Sociocultural Constructions Of Masculinities Relate To Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour In The WHO European Region?**
Gough B. et Novikova I.
- 21 **Que dit la science à propos de l'épidémiologie des maladies infectieuses émergentes ?**
Inserm
- 21 **Covid-19 : Eléments de littérature scientifique**
Safon M. O. et Suhard V.
- 21 **Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019**
Vilain A., Allain S., Dubost C. L., et al.

Géographie de la santé *Geography of health*

- 22 **Pour une offre de soins de qualité et de proximité dans les territoires : Contribution de l'APVF**
Association des Petites Villes de France
- 22 **Santé et territoires**
Bariol-Mathais B. D., Chevillard G., Lucas-Gabrielli V., et al.
- 22 **Remédier aux déserts médicaux**
Dumontet M. et Chevillard G.
- 22 **Appréhender les territoires ruraux dans les études de la Drees : Construction d'une typologie à partir des zonages d'étude existants**
Missegue N.

Handicap Disability

- 23 **Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales**
Baradji E. et Filatriau O.
- 23 **Quelles sont les spécificités des professions occupées par les personnes handicapées ?**
Bernadi V. et Lhommeau B.
- 23 **Dépenses publiques pour le handicap et l'invalidité : 51 Md€ en 2019**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 24 **Les grands arrêts en matière de handicap**
Hachez I. et Vrielink J.
- 24 **Handicaps et emploi : rapport thématique 2019-2020**
Inspection Générale des Affaires Sociales

Hôpital Hospitals

- 25 **Chiffres clés 2019 de l'hospitalisation**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 25 **En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression**
Boisguerin B., Delaporte A., Gateaud G., et al.
- 25 **Les prescriptions hospitalières exécutées en ville**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 25 **Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour**
Conti B., Baudet-Michel S. et Le Neindre, C.
- 26 **Les agents contractuels dans la fonction publique**
Cour des Comptes
- 26 **Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie**
Courtejoie N. et Dubost C. L.
- 26 **En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants**
Dixte C., Laffeter Q., Berger E., et al.

- 27 **Deterrence Effects Of Antifraud And Abuse Enforcement In Health Care**
Howard D. H. et McCarthy I.
- 27 **Le Ségur de santé : les conclusions**
Ministère chargé de la Santé
- 27 **Impact Of Quality-Based Procedures On Orthopedic Care Quantity And Quality In Ontario Hospitals**
Proshin A., Rochaix L., Rohit Dass A., et al.
- 28 **9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville**
Ricroch L. et Seimandi T.
- 28 **Les parcours de soins pour prothèses de hanche et de genou : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 28 **Les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Inégalités de santé Health inequalities

- 28 **Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise**
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion
- 29 **Accès territorial aux soins : les inégalités ne sont pas définitives**
Fédération Nationale de la Mutualité Française
- 29 **La lutte contre la pauvreté au temps du coronavirus. Note d'étape**
France Stratégie
- 29 **Santé des migrants**
Halley Des Fontaines V. et Kerouedan D.
- 29 **The American Pathology Of Inequitable Access To Medical Care**
Hoffmann A. et Hall M. A.
- 30 **Repérer les besoins en santé, dans un contexte de crise sanitaire, à partir des déterminants sociaux**
Kuperminc J. et Le Gallo M.

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

Laforgerie F.

- 30 **Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France**

Mignon D. et Jusot F.

- 34 **Grandeurs et turpitudes des normes depuis l'EBM : quantitativistes et qualitativistes doivent travailler ensemble**

Maisonneuve H.

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

Safon M. O. et Suhard V.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 31 **How Do Prescription Drug Monitoring Programs Reduce Opioid Prescribing? The Role Of Hassle Costs Versus Information**

Alpert A. E., Dykstra S. E. et Jacobson M.

- 31 **Les réformes récentes de la rémunération des pharmacies de ville**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 31 **Mission des prestataires de services et distributeurs de matériel**

Inspection Générale des Affaires Sociales

- 32 **La régulation du médicament par les normes (AMM, SMP, ASMR...)**

Toussaint B.

Méthodologie – Statistique

Methodology-Statistics

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

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

- 33 **Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives**

Bouyer J., Hemon D., Cordier S., et al.

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

Cuddy E. et Currie J.

- 33 **Un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé**

Dubost C. L. et Leduc A.

- 33 **Les cohortes pour les études et la recherche en santé**

Elbaum M., Aquille M., Minault B., et al.

Politique Publique

Public Policy

- 34 **Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques. Etude annuelle 2020**

Conseil d'Etat

Politique de santé

Health Policy

- 35 **La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation**

Chignot V.

- 35 **Les politiques de lutte contre la pollution de l'air**

Cour des Comptes

- 35 **Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire**

Haute Autorité de Santé

Politique sociale

Social Policy

- 36 **Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer**

Bonnet E.

- 36 **Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2020**

Cabannes P. Y. et Richet-Mastain L.

- 37 **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales**

Hetzel P. et Brindeau P.

Prévention Prevention

- 37 **Vaccination Take-Up And Health: Evidence From A Flu Vaccination Program For The Elderly**
Brilli Y., Lucifora C., Russo A., et al.

Prévision – Evaluation Prevision-Evaluation

- 37 **Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS**
Haute Autorité de Santé
- 38 **Premier avis relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 38 **Les défis du monde d'après : l'analyse de Jean Pisani-Ferry**
Pisani-Ferry J.

Psychiatrie Psychiatry

- 38 **La santé mentale des adolescents de 3e en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire**
Carrasco V. et Guignon N.
- 39 **What Good Are Treatment Effects Without Treatment? Mental Health And The Reluctance To Use Talk Therapy**
Cronin C. J., Forsstrom M. P. et Papageorge N. W.
- 39 **Disparities In The Use Of General Somatic Care Among Individuals Treated For Severe Mental Disorders And The General Population In France**
Gandre C. et Coldefy M.
- 40 **Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère**
Gandre C. et Coldefy M.
- 40 **Mental Health And Primary Care Networks: What Are The Opportunities?**
Naylor C., Bell A., Baird A., et al.

- 40 **Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19**
Monziols M., Chaput H., Verger P., et al.

Sociologie Sociology

- 41 **Conditions de vie des jeunes femmes en zone rurale : des inégalités par rapport aux hommes ruraux et aux urbaines**
Pinel L.
- 41 **Études, emploi, ressources : les jeunes ruraux sont-ils différents des jeunes urbains ?**
Pinel L.

Soins de santé primaire Primary Health care

- 42 **La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?**
Bras P. L.
- 42 **Physician performance pay: Experimental evidence**
Brosig-Koch J., Henning-Schmidt H., Kairies-Schwartz N., et al.
- 42 **Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle**
Croquennec Y.
- 43 **La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formation**
Jourdan J. R., Viossat L. C., Zantman F., et al.
- 43 **Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale**
Monziols M., Chaput H., Verger P., et al.
- 43 **La médecine face aux normes**
Reach G., Grenier C., Frappe P., et al.

Systemes de santé

Health systems

- 44 **Améliorer le système de santé français : les enseignements internationaux et les leviers de performance**
Aésio
- 44 **What Influences Improvement Processes In Healthcare? A Rapid Evidence Review**
Ali G. C., Altenhofer M., Gloison E. R., et al.
- 44 **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane**
Or Z. et Michel L.
- 44 **Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies And Challenges**
Nolte E., Merkur, S., Edwards N. et al.
- 45 **Transformation du système de santé : La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible**
Think Tank Economie Santé

Travail et santé

Occupational Health

- 45 **Unemployment Disrupts Sleep**
Blanchpower D. G. et Bryson A.
- 45 **Who Goes On Disability When Times Are Tough? The Role Of Work Norms Among Immigrants**
Furtado D., Papps K. L. et Theodoropoulos N.
- 46 **Dismissal Protection And Long-Term Sickness Absence - First Evidence From Germany**
Gurtzgen N.
- 46 **Designing Disability Insurance Reforms: Tightening Eligibility Rules or Reducing Benefits**
Haller A., Staubli S. et Zweimuller J.
- 46 **Le maintien dans l'emploi des patients atteints de sclérose en plaques**
Hoffmann J.

- 47 **Quel lien entre les conditions de travail et le présentisme des salariés en cas de maladie ?**
Inan C.
- 47 **A Structural Analysis Of Mental Health And Labor Market Trajectories**
Jolivet G. et Postel Vinaya, F.
- 47 **If Sick-Leave Becomes More Costly, Will I Go Back To Work? Could It Be Too Soon?**
Marie O. et Vall-Castello J.
- 47 **Is The Rise In Illicit Opioids Affecting Labor Supply And Disability Claiming Rates?**
Park S. et Powell D.

Vieillesse

Aging

- 48 **Health And Aging Before And After Retirement**
Abeliansky A. et Strulik H.
- 48 **Développer la coordination de proximité pour les situations complexes : Retour d'expériences des territoires Paerpa**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 48 **Conditions Of Existence And Subjective Perceptions Of Retirement: Quantitative Evidence From France**
Apouey B. H.
- 49 **Lifetime Events And The Well-Being Of Older People**
Arnstein A., Luppi F., Pronzato C., et al.
- 49 **Aider un proche âgé à domicile - Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages**
Banens M., Campeon A., Caradec V., et al.
- 49 **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2018**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 50 **Impact de la crise sanitaire sur les réserves des caisses de retraite**
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 50 **Self-Selection In Physical And Mental Health Among Older Intra-European Migrants**
Constant A. F. et Milewski F.

- 50 **Building «Implicit Partnerships»?
Financial Long-Term Care Entitlements
In Europe**
Costa-Font J. et Zigante V.
- 50 **Utilisation Of Personal Care Services
In Scotland: The Influence Of Unpaid
Carers**
Lemmon E.
- 51 **Does Public Long-Term Care Expenditure
Improve Care-Related Quality Of Life
In England?**
Longo F., Claxton K. et Lomas J.
- 51 **Does Later Retirement Change Your
Healthcare Consumption ? Evidence From
France**
Perdrix E.
- 51 **L'institutionnalisation des personnes âgées
dépendantes : Éléments de comparaison
internationale. Bibliographie thématique**
Safon M. O. et Suhard V.
- 52 **Le soutien à domicile des personnes
handicapées et dépendantes dans les pays
de l'OCDE : bibliographie thématique**
Safon M. O. et Suhard V.
- 52 **Health Status And Repeated Multiple
Treatments In Long-Term Care: A Panel
Structural Var Analysis**
Sugawara S. et Ishihara T.

Assurance maladie

Health Insurance

► Mortality Effects And Choice Across Private Health Insurance Plans

ABALUCK J., CACERES BRAVO M. M., HULL P., *et al.*
2020

NBER Working Paper Series ; n° 22578. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27578>

Competition in health insurance markets may fail to improve health outcomes if consumers are not willing to pay for high quality plans. We document large differences in the mortality rates of Medicare Advantage (MA) plans within local markets. We then show that when high (low) mortality plans exit these markets, enrollees tend to switch to more typical plans and subsequently experience lower (higher) mortality. We develop a framework that uses this variation to estimate the relationship between observed mortality rates and causal mortality effects; we find a tight link. We then extend the framework to study other predictors of mortality effects and estimate consumer willingness to pay. Higher spending plans tend to reduce enrollee mortality, but existing quality ratings are uncorrelated with plan mortality effects. Consumers place little weight on mortality effects when choosing plans. Moving beneficiaries out of the bottom 5% of plans could save tens of thousands of elderly lives each year.

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

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

Paris Igas

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

Par lettre de mission du 21 décembre 2018, les ministres compétents ont demandé aux Inspections générales des affaires sociales (IGAS), des finances (IGF) et de l'administration (IGA), un diagnostic et des recommandations sur la protection sociale complémentaire dans les trois fonctions publiques. Un premier rapport a été remis, traitant de la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale. Ce second rapport est centré sur la protection sociale complé-

mentaire dans la fonction publique hospitalière, qui présente plusieurs spécificités, dont la mission a analysé la portée et les évolutions possibles.

► La lutte contre les fraudes aux prestations sociales

COUR DES COMPTES

2020

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-lutte-contre-les-fraudes-aux-prestations-sociales>

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a réalisé une enquête sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, qui représentent à la fois une atteinte au principe de solidarité et un coût financier élevé. En 2019, les principaux organismes sociaux ont détecté 1 Md de préjudices à ce titre. Grâce à la professionnalisation croissante de cette activité, les résultats financiers de la lutte contre les fraudes augmentent année après année. Toutefois, en l'absence d'estimation du montant des fraudes pour la plupart des prestations, la portée des progrès réalisés ne peut être appréciée et l'impact des contrôles réalisés demeure faible. La lutte contre les fraudes se concentre sur la recherche a posteriori des irrégularités, alors que celles-ci pourraient souvent être empêchées a priori dès la gestion courante des prestations. Un changement d'échelle apparaît indispensable pour tarir les possibilités systémiques de fraude, mieux détecter les fraudes commises et sanctionner plus efficacement leurs auteurs sur le plan financier.

► Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire. Rapport d'activité 2019

FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
2020

Paris Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire

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

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire assure une mission d'intérêt général : le financement des aides publiques à la couverture complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité et

l'évaluation de ces aides. Il éclaire les pouvoirs publics en formulant des propositions d'amélioration des dispositifs dans le cadre de ses rapports annuels et des rapports d'évaluation de la loi CMU du 27 juillet 1999 qui lui sont confiés. Cette publication dresse un bilan des avancées dans le domaine de la couverture complémentaire pour l'année 2019.

► **Are All Managed Care Plans Created Equal? Evidence From Random Plan Assignment In Medicaid**

GERUSO M., LAYTON T. ET WALLACE J.
2020

NBER Working Paper Series ; n° 27762. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27762>

Exploiting random assignment of Medicaid beneficiaries to managed care plans, we identify plan-specific effects on healthcare utilization. Auto-assignment to the lowest-spending plan generates 30% lower spending than if the same enrollee were assigned to the highest-spending plan, despite identical cost-sharing. Effects via quantities, rather than differences in negotiated prices, explain these patterns. Rather than reducing “wasteful” spending, low-spending plans cause broad reductions in the use of medical services—including low-cost, high-value care—and worsen beneficiary satisfaction and health. Supply side tools circumvent the classic trade-off between financial risk protection and moral hazard, but give rise instead to a cost/quality trade-off.

► **Health Insurance Menu Design For Large Employers**

HO K. ET LEE R. S.
2020

NBER Working Paper Series ; 27868. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27868>

We explore the challenges faced by a large employer designing a health insurance plan menu for its employees. Using detailed administrative data from Harvard University, we estimate a model of plan choice and utilization, and evaluate the benefits of cost sharing and plan variety. For a single plan with a generous out-of-pocket maximum, we find that a modest coinsurance rate of approximately 30% with a zero deductible maximizes average employee surplus. Gains from offering

choice are limited if based solely on financial dimensions, but can be economically significant if paired with other features that appeal to sicker households.

► **The Social Determinants Of Choice Quality: Evidence From Health Insurance In The Netherlands**

KAPLAN G., MOLL B. ET VIOLANTE G. L.
2020

NBER Working Paper Series ; n° 27785. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27785>

Market provision of impure public goods such as insurance retirement savings and education is common and growing as policy makers seek to offer more choice and gain efficiencies. This approach induces an important trade-off between improved surplus from matching individuals to products and misallocation due to well documented choice errors in these markets. We study this trade-off in the health insurance market in the Netherlands, with a specific focus on misallocation and inequality. We characterize choice quality as a function of predicted health risk and leverage rich administrative data to study how it depends on individual human capital, socioeconomic status and social and information networks. We find that choice quality is low on average, with many people foregoing options that deliver substantive value. We also find a strong choice quality gradient with respect to key socioeconomic variables. Individuals with higher education levels and more analytic degrees or professions make markedly better decisions. Social influence on choices further increases inequality in decision making. Using panel variation in exposure to peers we find strong within firm, location and family impacts on choice quality. Finally, we use our estimates to model the consumer surplus effects of different counterfactual scenarios. While smart default policies could improve welfare substantially, including the choice of a high-deductible option delivers little welfare gain, especially for low-income individuals who make lower quality choices and are in worse health.

► **Heterogeneous Effects Of Health Insurance On Birth Related Outcomes: Unpacking Compositional Vs. Direct Changes**

MIA J. ET SIMON K.

2020

NBER Working Paper Series ; 27728. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27728>

When women of childbearing age gain health insurance, we expect their birth outcomes to improve, but comparing births that occur before and after policy changes may confound two separate impacts of coverage. For one, health insurance could affect who gives birth, through reduced costs of contraception. Health insurance could also directly improve maternal and child health among those who give birth, through additional prenatal resources. We address this question using the Affordable Care Act young adult provision, comparing birth related outcomes for those aged 24-25 years after the law, to outcomes among older young adults. We show that since the law subsidized contraceptives mainly among higher socioeconomic groups, the composition of mothers shifted towards less advantaged groups. Accounting for this shift, we find evidence of direct improvements in prenatal care and pregnancy-related health (reduced gestational diabetes and hypertension).

► **The Public-Private Mix In France: A Case For Two-Tier Health Care**

OR Z., PIERRE A., FLOOD C. M., *et al.*

2020

In: [Is Two-Tier Health Care the Future?]. Ottawa : University of Ottawa Press: 237-266.

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

France has an employment-based statutory health insurance (SHI) system that guarantees universal access to a large basket of health care. While the SHI system imposes significant copayments, patients rely on a mix of public SHI and private complementary health insurance (CHI) schemes to defray these costs, leaving France with some of the lowest out-of-pocket expenditures in the OECD. Patients can choose from a mix of public and private providers without severe wait time problems, and the health status of the population ranks among the best in the world. At the same time, the French system is complex, with some apparent contradictions that raise concerns for solidarity,

redistribution, and efficiency.

► **Distinguishing Moral Hazard From Access For High-Cost Healthcare Under Insurance**

ROBERTSON C., YUN A. ET ZHANG W.

2020

Arizona Legal Studies Discussion Paper ; 20-18. Tucson University of Arizona.

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3581201&dgcid=ejournal_html_email_insurance:financing:in:health:economics:ejournal_abstractlink

Health policy has long been preoccupied with the problem that health insurance stimulates spending ("moral hazard"). However, much health spending is costly healthcare that uninsured individuals could not otherwise access. Field studies comparing those with more or less insurance cannot disaggregate moral hazard versus access. Moreover, studies of patients consuming routine low-dollar healthcare are not informative for the high-dollar healthcare that drives most of aggregate healthcare spending in the United States. We test indemnities as an alternative theory-driven counterfactual. Such conditional cash transfers would maintain an opportunity cost for patients, unlike standard insurance, but also guarantee access to the care. Since indemnities do not exist in U.S. healthcare, we fielded two blinded vignette-based survey experiments with 3,000 respondents, randomized to eight clinical vignettes and three insurance types. Our replication uses a population that is weighted to national demographics on three dimensions. We found that most or all of the spending due to insurance would occur even under an indemnity. The waste attributable to moral hazard is undetectable. We conclude that for high-cost care, policymakers should be more concerned about the foregone efficient spending for those lacking full insurance, rather than the wasteful spending that occurs with full insurance

► **Protection sociale complémentaire des agents publics**

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

2019

Paris Igas

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

Par lettre de mission du 21 décembre 2018, les ministres compétents ont demandé aux inspections

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

► **Glossaire de l'assurance complémentaire**

UNOCAM

2020

Paris : Unocam

<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>

Ce glossaire interactif rassemble les principaux termes permettant de mieux comprendre le système de protection sociale complémentaire en vigueur en France. Les définitions sont très détaillées et à jour.

► **The Impact Of Reforms Of National Health Insurance On Solidarity In The Netherlands: Comparing Health Care Insurance And Long-Term Care Insurance**

VAN DER AA M. J., PAULUS A. T. G., KLOSSEK S., *et al.*

2019

Journal of Long-Term Care: 143-152.

<http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/106225>

Context: Throughout Europe, the financial risks of

health and long-term care are covered to varying degrees through models of national (health) insurance. Such insurance draws upon the principle of solidarity. Much is unknown on the solidarity-effects of reforms in national insurance schemes. Objective: To present an empirical analysis of the effects of recent reforms in national health insurance on solidarity in one country. Methods: We conducted a comparative analysis of the 2006 health care insurance reform and the 2015 long-term care insurance reform in the Netherlands. A multidimensional analytical framework of solidarity was developed to study the solidarity-effects of both reforms. Findings: Reforms of health care and long-term care insurance in the Netherlands had some solidarity effects, but they should not be overstated. We found evidence for increased and decreased solidarity. Health care insurance seems more 'immune' to reductions in solidarity than long-term care insurance. Limitations: The present case study involves reforms in the Netherlands. The solidarity framework is specifically designed for the study of solidarity-effects of reforms on national health and long-term care insurance. Effects on informal arrangements for care are beyond the scope of this study. More detailed and quantitative research is required to investigate how the reforms played out for specific groups, for instance the frail elderly, people with a disability and people with rare conditions. Similarly, long-term effects require further investigation. Implications: Given the limited scope of our analysis, more comparative research (including on an international scale) is required to develop systematic insight into the solidarity-effects of reforms in national health and long-term care insurance.

Démographie

Demography

► **Comment l'enquête Trajectoires et Origines a changé la donne sur les statistiques ethniques en France**

GUILYARDI C. ET SIMON P.

2020

De Facto 21.

<https://icmigrations.fr/2020/08/28/defacto-021-01/>

Alors que la polémique a repris en juin 2020 autour de statistiques « ethniques » qu'il faudrait interdire ou

permettre, un retour sur la mise en place de l'enquête Trajectoires et Origines (TeO) dans les années 2000 permet d'illustrer toute la complexité de ce « débat » trop souvent polarisé. Dans ce numéro d'été de De facto, Catherine Guilyardi, journaliste, nous éclaire sur la genèse et la réception de cette enquête qui a donné lieu à de vifs débats non seulement entre chercheurs mais aussi entre les chercheurs et certaines associations anti-racistes.

Health Economics

► **What Can Economics Say About Alzheimer's Disease?**

CHANDRA A., COILE C. ET MOMMAERTS C.
2020

NBER Working Paper Series ; n° 27760. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27760>

Alzheimer's Disease (AD) affects one in ten people aged 65 or older and is the most expensive disease in the United States. We describe the central economic questions raised by AD. While there is overlap with the economics of aging, the defining features of the 'economics of Alzheimer's Disease' is an emphasis on cognitive decline, choice by cognitively impaired patients, and a host of issues where dynamic contracts between patients and caregivers are hard to enforce. There is enormous scope for economists to contribute to our understanding of AD-related issues, including drug development, efficient care delivery, dynamic contracting within the family and with care providers, long-term care risk, financial decision-making, and public programs for AD. These topics overlap with many areas of economics -- labor economics, health economics, public finance, behavioral economics, experimental economics, family economics, mechanism design, and the economics of innovation -- suggesting the presence of a rich research program that should attract many economists.

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

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

Paris CCSS

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

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

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale s'inscrivent cette année dans le contexte exceptionnel d'une crise sanitaire majeure aux consé-

quences économiques et sociales sans précédent. En l'absence de loi de financement rectificative en cours d'année, le rapport du 16 juin dernier présentait une première estimation pour la seule année 2020 des recettes et des dépenses du régime général et du FSV. Le présent rapport actualise pour 2020 ces projections tendanciennes dans le périmètre plus large des régimes obligatoires de base et présente un compte pour 2021, avant mesures nouvelles, sur la base des hypothèses économiques associées aux projets de lois financières pour 2021. Les marges d'incertitude restent particulièrement élevées, au premier rang desquelles figure l'évolution de l'épidémie de Covid-19, et certaines hypothèses de calcul restent conventionnelles en l'absence de référence possible à des situations comparables.

► **A Satellite Account For Health In The United States**

CUTLER D. M., GHOSH K., MESSER K., *et al.*
2020

NBER Working Paper Series ; 27848. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27848>

Estimating medical care productivity is a central economic challenge. This paper develops a satellite account for the US health sector that appropriately measures health care productivity and applies that to the elderly population between 1999 and 2012. The central output of the satellite account is health. The primary input is medical care; we also examine the impact of behavioral risk factors. Our empirical work measures the change in medical spending and health outcomes for a comprehensive set of 80 conditions. We estimate that medical care has positive productivity as a whole, with aggregate productivity growth of 9% over the time period. However, there is significant heterogeneity in productivity by condition. At the upper end, care for cardiovascular disease has been extremely productive. In contrast, care for people with mental illness and musculoskeletal conditions has been costly but not productive.

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

FUCHS V. R.
2018

New Jersey : World Scientific Publishing

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

► **Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020**

GONZALEZ L., HEAM J. C., MIKOU M., *et al.*
2020

Panorama de la Drees Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

Les dépenses de santé en 2019 - édition 2020 mettent en évidence qu'en 2019, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 208,0 milliards d'euros. Elle progresse plus vite en 2019 qu'en 2018 (+ 2,1 % après +1,6 %), du fait de l'évolution des soins hospitaliers. La Sécurité sociale finance 78,2 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,9 % en 2019. La France consacre au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

► **Determinants Of Social Expenditure In OECD Countries**

HALG F., POTRAFKE N. ET STURM J. E.
2020

KOF Working Papers; 475. Zurich Swiss Federal Institute of Technology.

<https://econpapers.repec.org/paper/kofwpskof/20-475.htm>

We portray determinants of social expenditure in OECD countries. Many theories have been proposed to describe why social expenditure has increased in industrialized countries. Determinants include globalization, political-institutional variables such as government ideology and electoral motives, demographic change and economic variables such as unemployment. Scholars have used social expenditure as the dependent variable in many empirical studies. We employ extreme bounds analysis to examine robust predictors of social expenditure. Our sample includes 31 OECD countries over the period 1980-2016. The results suggest that budget deficits, trade globalization and fractionalization of the party system were negatively associated with social expenditure. Aging, unemployment, social globalization, coalition governments and public debt were positively associated with social expenditure. Moreover, social expenditure increased under left-wing governments when de facto trade globalization was pronounced. Results based on Bayesian model averaging corroborate the relationships found between banking crisis, de facto trade globalization, social globalization, legislative fractionalization, coalition governments, public debt and budget deficits on the one hand and social expenditure on the other. We conclude that policymakers in individual countries use domestic measures to design social policies' globalization, aging, and business cycles notwithstanding.

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

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE
2020

Paris Haut Conseil du financement de la protection sociale

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

Par lettre du 16 septembre 2019, le Premier Ministre saisissait le Haut Conseil du financement de la protection sociale du sujet de la protection sociale des

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

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

HAUT CONSEIL DES FINANCES PUBLIQUES
2020

Paris HCFP

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

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

► **Alcohol Pricing In The WHO European Region: Update Report On The Evidence And Recommended Policy Actions**

OMS EUROPE
2020

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/frequently-asked-questions-faq-about-alcohol-and-covid-19/alcohol-pricing-in-the-who-european-region-update-report-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-2020>

This report summarizes the current evidence base for alcohol pricing policies and considers how this compares to current policies in place across the World Health Organization (WHO) European Region. Intended as a resource for governments and implementers, the report highlights challenges to effective pricing policies and provides recommendations for policy actions on alcohol pricing in the WHO European Region.

► **Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021 (avant-projet)**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2020

Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2021>

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a été présenté en conseil des ministres. Les principales mesures phares concernant la santé et la protection sociale : - Mise en oeuvre du premier volet du Ségur de la santé concernant les revalorisations du personnel soignant. Le PLFSS prévoit ainsi 8,2 milliards d'euros pour celles et ceux qui « font notre système de santé », - Le congé paternité passe de 14 jours à 28 jours pour les naissances qui interviendront à compter du 1^{er} juillet 2021, - Création de la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale : risque autonomie. Le gouvernement annonce avoir souhaité que cette branche démarre à l'équilibre, grâce au financement par la CSG (à hauteur de 28 milliards d'euros), - remboursement de la dette sociale, - dépenses liées à la crise sanitaire : Il s'agit de prévoir le financement des tests de dépistage, la dispensation de masques aux personnes vulnérables et aux cas-contacts, mais aussi financer les vaccins et l'organisation le cas échéant, soit au total 4,3 Mds d'euros, - Transfert progressif de dettes à hauteur de 136 milliards d'euros vers la Cades. Suite à la présentation du PLFSS 2021, le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a publié un avis qui estime « plausibles » les prévisions économiques du gouvernement. Le HCFP appelle néanmoins à la vigilance sur la soutenabilité de la dette publique à moyen terme.



► **Quels restes à charge en France ?**

RAYNAUD D.

2020

In: [Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : comment lever les barrières de l'accès aux soins ?]. Paris : France Assos Santé

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

La France affiche le reste à charge le plus bas de l'OCDE, notamment grâce à l'articulation entre régime obligatoire et régime complémentaire. Cela étant, pour qu'il y ait un reste à charge, il faut une consommation de soins. Cet indicateur, s'il est intéressant, ne suffit donc pas pour appréhender la problématique du non-recours aux soins... (Résumé d'auteur).

► **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux**

VANLERENBERGHE J.M.

2020

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-600-notice.html>

La sécurité sociale, sur le périmètre du régime géné-

ral et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), a enregistré en 2019 un déficit de 1,9 milliard d'euros. Si ce chiffre peut sembler modeste, il marque néanmoins une rupture par rapport au redressement continu des comptes de la sécurité sociale enregistré depuis dix ans. Il traduit également l'échec de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes voté par le Parlement en Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. L'absence de compensation de diverses mesures de diminution des recettes de la sécurité sociale explique en partie ce chiffre. En effet, si le principe de compensation avait été pleinement respecté, le régime général et le FSV auraient enregistré un excédent de 2,4 milliards d'euros l'année dernière. L'ampleur des déficits attendus en 2020 sous l'effet de la crise du covid-19, aussi bien pour la sécurité sociale stricto sensu (- 51,9 milliards d'euros) que pour d'autres régimes de protection sociale tels que l'assurance-chômage (- 25,7 milliards d'euros) relativise quelque peu ce débat. À cet égard, il est normal que les différents régimes jouent pleinement leur rôle d'amortisseur économique et social en période de crise et affichent alors des déficits conséquents. Toutefois, une fois la crise surmontée, il conviendra de retrouver le cap du redressement des comptes sociaux pour mieux assurer la pérennité de notre modèle sociale au bénéfice des générations futures, ce qui n'a pas été suffisamment fait dans la période passée.

E-santé – technologies médicales

E-health- Health technologies

► **Déploiement de la 5G en France et dans le monde : aspects techniques et sanitaires**

ABALLEA P., ROBINEAU F. M., VIOSSAT L. C., *et al.*

2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article794>

L'objectif de cette mission était de faire un état des lieux du déploiement de la 5G dans le monde, d'analyser les expériences des pays concernés - notamment les conclusions de leurs autorités sanitaires-, de synthétiser les éléments techniques permettant d'estimer l'évolution des niveaux d'exposition, et enfin de formuler des recommandations susceptibles de garantir un déploiement de la 5G conforme aux meilleures

pratiques internationales.

► **Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour le secteur santé : rapport public 2019**

AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

2020

Paris Agence du numérique en santé

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ANS_ACSS_Rapport_Public_Observatoire_Signalements_ISSIS_2019_V1.0.pdf

Le ministère des solidarités et de la santé a mis en place depuis le 1^{er} octobre 2017 un dispositif de trai-

tement des signalements des incidents de sécurité des systèmes d'information des structures de santé. L'année 2019 a été marquée par une recrudescence de cyber attaques, qui n'ont épargné aucun secteur d'activités, y compris celui de la santé. De nombreux établissements ont subi des attaques, avec parfois des conséquences importantes sur la prise en charge des patients. Ainsi, près de quatre cents incidents ont été signalés au ministère des solidarités et de la santé et soixante-dix demandes d'accompagnements ont été formulées auprès de la cellule cybersécurité en santé, dédiée à l'appui des structures de santé au sein de l'Agence du numérique en santé. Les indicateurs présentés dans ce rapport sont le reflet des incidents auxquels les structures de santé qui les ont déclarés ont été confrontées en 2018 et 2019.

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

BAKKINE A. ET TOKO S.
2020

Paris **Ministère de l'économie, des finances et de la relance**

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

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

► **Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée**

CNAM
2020

Paris : **Cnam**

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-09-16_Teleconsultations_anniversaire_2_ans.pdf

À l'occasion du 2ème anniversaire du remboursement de la téléconsultation en France, on constate que le nombre de téléconsultations facturées à l'assurance maladie a explosé en France depuis le début de la crise sanitaire. La téléconsultation a fait l'objet d'un recours massif, devenant ainsi une composante essentielle de l'offre de soins sur le territoire.

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

ISAAC-SIBILLE C.
2020

Paris **Assemblée nationale**

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

Le dossier médical informatisé, désigné par la loi comme « personnel » de 2004 à 2016, puis « partagé » (DMP) depuis lors, est une brique essentielle pour que le système de santé français cesse d'être centré sur l'acte de soin pour être concentré sur le parcours de soins du patient. Le DMP doit servir d'aiguillon à une mise en cohérence des données de santé, autour de quatre objectifs clairs : donner au patient la connaissance et le contrôle sur ses données de santé ; se faire accepter comme un outil utile à la pratique médicale, comme le fut le carnet de santé cartonné pour plusieurs générations ; partager les documents de santé nécessaires au parcours de soins ; donner aux professionnels et établissements de santé l'information médicale nécessaire au traitement du patient dans une logique de parcours de soins coordonnée. En devenant nécessaire à tous les patients et à tous les acteurs du parcours de soins, le DMP peut être au centre du virage numérique de notre système de santé. Par ailleurs les données de santé structurées contenues dans les DMP, peuvent, au-delà de leur usage individuel pour une meilleure coordination des soins, avoir un intérêt collectif pour l'épidémiologie, la prévention et la recherche, en permettant de mieux connaître l'état de santé de la population d'un territoire.

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

THINK TANK NUMÉRIQUE DM ET SANTÉ

2020

Paris Think tank Numérique DM et Santé

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

Cette synthèse a été réalisée par le think tank « Numérique, DMP et santé » créé par le Snitem. Elle

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

État de santé

Health status

► **Des mondes d'influence : Comprendre ce qui détermine le bien-être des enfants dans les pays riches**

CENTRE DE RECHERCHE INNOCENTI

2020

Florence Centre de recherche Innocenti de L'UNICEF

https://www.unicef.be/content/uploads/2020/08/38249-RC16_FR_Web.pdf

Ce rapport utilise les données pré-COVID-19 pour classer les pays de l'UE et de l'OCDE dans un tableau de classement en fonction de la santé mentale et physique des enfants et de leurs compétences scolaires et sociales. Sur la base de ces indicateurs, les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège occupent le haut du classement et sont les trois meilleurs endroits pour être un enfant parmi les pays riches.

mate multivariate regressions, where the outcome variables are diabetes prevalence, diabetes incidence, and weight loss due to diet as an indicator of management. Second, we study the heterogeneous impact of the risk factors on the regional differences in incidence with causal random forests. Compared to Western Europe, the transition odds to diabetes is 2.3-fold in Southern and 2.7-fold in Eastern Europe, which decreases to 2.0 and 2.1 after adjusting for individual characteristics. The remaining differences are explained by country-specific healthcare indicators. Based on the causal forest approach, the adjusted East-West difference is essentially zero for the lowest risk groups (tertiary education, no hypertension, no overweight) and increases substantially with these risk factors, but the South-West difference is much less heterogeneous. The prevalence of diet-related weight loss around the time of diagnosis also exhibits regional variation. The results suggest that more emphasis should be put on diabetes prevention among high-risk individuals in Eastern Europe.

► **Regional Differences In Diabetes Across Europe: Regression And Causal Forest Analyses**

ELEK P. ET BIRO A.

2020

Cers-le Wp ; 2020/27

<http://real.mtak.hu/109990/1/CERSIEWP202027.pdf>

We examine regional differences in diabetes within Europe, and relate them to variations in socio-economic conditions, comorbidities, health behaviour and diabetes management. Using SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) data, first, we esti-

► **Mental Health, Men And Culture: How Do Sociocultural Constructions Of Masculinities Relate To Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour In The WHO European Region?**

GOUGH B. ET NOVIKOVA I.
2020

Copenhague: OMS

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-men-and-culture-how-do-sociocultural-constructions-of-masculinities-relate-to-mens-mental-health-help-seeking-behaviour-in-the-who-european-region-2020>

Men are less likely than women to seek help for mental health issues and are much more likely to commit suicide. This scoping review examined recent evidence published in English and Russian on the role of socially constructed masculinity norms in men's help-seeking behaviour for mental health issues. The key socio-cultural barriers to men's help-seeking pertaining to masculinity norms were identified as self-reliance, difficulty in expressing emotions and self-control. The wider community, societal and cultural challenges to men's help-seeking and well-being were found to include economic insecurity, inequality and limited health- and social-care provision – especially for marginalized groups of men. However, there is also evidence to indicate that men are able to display vulnerability and seek help with trusted people (such as family members, peers and specialists) and within trusted communities. Policy considerations to improve men's help-seeking for mental health issues should include an awareness of the prevailing cultural norms of masculinity in diverse groups of men to provide effective tailored interventions for mental health promotion.

► **Que dit la science à propos de l'épidémiologie des maladies infectieuses émergentes ?**

INSERM
2020

Paris : Inserm

<https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/09/MiseAuPoint-EpidemiMalInfectieuses.pdf>

Ce livret décrit de façon simple et didactique les techniques utilisées pour identifier le nombre de cas (tests de dépistage), estimer la transmissibilité d'un virus (taux de reproduction de base R0), mesurer la sévérité d'une maladie et, enfin, classer la dangerosité d'une épidémie.

► **Covid-19 : Eléments de littérature scientifique**

SAFON M. O. ET SUHARD V.
2020

Paris : Irdes

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

L'objectif de cette bibliographie est de référencer des éléments de littérature scientifique (articles, littérature grise) sur la Covid 19 et son impact sur l'état de santé et les systèmes de santé en France et dans le monde.

► **Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019**

VILAIN A., ALLAIN S., DUBOST C. L., *et al.*
2020

Etudes Et Résultats (Drees) (1163)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en-2019>

En 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, dont 217 500 concernent des femmes résidant en métropole. Le taux de recours est à son niveau le plus élevé depuis 1990 et atteint 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Ce sont les jeunes femmes de 20 à 29 ans qui restent les plus concernées, leur taux de recours étant de 27,9 IVG pour 1 000 femmes en France entière. Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au triple selon les régions. En métropole, ils varient de 11,8 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 22,9 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus élevés dans les DROM, ils dépassent 39 pour 1 000 femmes en Guadeloupe et en Guyane. 61 500 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 25,4 % du total des IVG en métropole et 41,6 % dans les DROM. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître : elle est de 41 %, soit 30 % du total des IVG. Pour la première fois, les données sur les IVG ont été appariées avec des données fiscales pour l'année 2016. Elles montrent une corrélation nette entre niveau de vie et IVG; les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les plus aisées.

Geography of health

► **Pour une offre de soins de qualité et de proximité dans les territoires : Contribution de l'APVF**

ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE
2020

Paris APVF

<https://www.apvf.asso.fr/publications/contribution-pour-une-offre-de-soins-de-qualite-et-de-proximite-dans-les-territoires/>

Dans cette étude, l'Association des petites villes de France propose une transformation du système de soins français et l'instauration d'une véritable démocratie sanitaire dans les territoires fondées sur la proximité et une logique de coopération entre tous les acteurs du système de soins. Avec un chantier prioritaire : la lutte contre la désertification médicale.

► **Santé et territoires**

BARIOL-MATHAIS B. D., CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V., *et al.*

2020

Paris Gallimard

<http://www.fnau.org/fr/publication/sante-et-territoires/>
<http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Alternatives/Points-Fnau-Alternatives/Sante-et-territoires>

Les agences d'urbanisme travaillent de manière croissante sur la santé dans les territoires; des partenariats se sont construits avec les acteurs de la santé, notamment les agences régionales de santé, les ministères. Cet ouvrage collectif qui rassemble des points de vue d'experts, mais aussi des témoignages d'expériences concrètes d'acteurs de l'urbanisme, offre une vision élargie des politiques de santé et d'aménagement, pensées de manière conjointe au bénéfice de villes favorables à la santé et à la qualité de la vie.

► **Remédier aux déserts médicaux**

DUMONTET M. ET CHEVILLARD G.

2020

Paris : Editions rue d'Ulm

<https://www.pressens.fr/575-a-paraitre-remedier-aux-deserts-medicaux.html>

Depuis le début des années 2000, l'expression de

« déserts médicaux », régulièrement utilisée par les médias et les gouvernements français successifs, décrit des situations où les populations font face à des difficultés d'accès aux soins (délai d'attente pour un rendez-vous, nombre insuffisant de médecins traitants disponibles...). Ces situations sont la conséquence, notamment, d'une raréfaction globale de l'offre de soins, plus marquée chez les médecins généralistes. Comment en est-on arrivé là? Pourquoi les outils de régulation de l'offre de soins ont-ils échoué dans leur objectif : adapter cette offre aux besoins de la population? Tous les territoires ne sont pas touchés de la même manière par ce phénomène de raréfaction. Les pouvoirs publics ont-ils mis en place ces deux dernières décennies des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins – et lesquelles? (Résumé d'auteur).

► **Appréhender les territoires ruraux dans les études de la Drees : Construction d'une typologie à partir des zonages d'étude existants**

MISSEGUE N.

2020

Dossiers de La Drees (Les)(63).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/apprehender-les-territoires-ruraux-dans-les-etudes-de-la-drees-construction-d>

Les productions et travaux d'études de la Drees nécessitent régulièrement de différencier finement les territoires, en distinguant l'urbain du rural, mais en appréhendant aussi la ruralité dans sa diversité. En effet, les communes rurales constituent un niveau pertinent d'analyse de nombreuses politiques publiques, qu'elles intègrent explicitement à l'échelon local – comme la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté – ou implicitement par exemple à travers les enjeux de l'accessibilité de certains équipements. La différenciation des territoires ruraux vs. urbains apporte ainsi un éclairage approprié lorsque l'on étudie, par exemple, les conditions d'accueil des enfants, l'accessibilité des seniors aux établissements pour personnes âgées ou encore leur isolement social, mais aussi le niveau de vie des bénéficiaires de minima sociaux et la structure de leurs dépenses contraintes, etc. Les principaux zonages existants sont le zonage en unités urbaines

2012 (UU), le zonage en aires urbaines 2010 (ZAU) et la grille de densité de l'Insee ainsi que la typologie du CGET. L'objectif de cette étude est d'identifier parmi les zonages qui permettrait de prendre en compte au

mieux à la fois le caractère urbain de certains territoires et la ruralité dans ses diverses facettes, ou à défaut d'en proposer une combinaison et adaptée aux besoins de la Drees.

Handicap

Disability

► Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales

BARADJI E. ET FILATRIAU O.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1156).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-handicapees-sont-plus-souvent-victimes-de-violences-physiques>

Entre 2011 et 2018, les personnes identifiées comme handicapées dans l'enquête Cadre de vie et sécurité déclarent plus souvent que le reste de la population avoir été victimes de violences physiques, sexuelles et verbales au cours des deux années précédant leur interrogation. 7,3 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles, autant ont été exposées à des menaces, et 15,4 % à des injures. L'écart entre les personnes handicapées et le reste de la population est plus important parmi les femmes que parmi les hommes. Les personnes handicapées font également plus souvent état de violences ayant causé des dommages physiques ou psychologiques importants. Les victimes en situation de handicap sont deux fois plus souvent agressées chez elles ou à proximité de leur domicile et connaissent plus fréquemment leur agresseur. Un quart des victimes handicapées se sont déplacées au commissariat ou à la gendarmerie après avoir subi une atteinte contre un cinquième des personnes non handicapées, et deux tiers d'entre elles ont porté plainte. D'après les données enregistrées par les forces de sécurité, près de la moitié des personnes en situation de handicap qui portent plainte le font pour des faits de violence physique ou sexuelle. Enfin, le sentiment d'insécurité dans le quartier ou au domicile est plus fortement ressenti par les personnes handicapées, qu'elles aient ou non subi une infraction.

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

BERNADI V. ET LHOMMEAU B.
2020

Dares Analyses(031)

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

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

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

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021]. Paris : CCSS: 122-125.

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

Cette fiche identifie les prestations de protection sociale qui concourent à la prise en charge des différentes formes de handicap, ainsi que les contributions des différentes institutions à leur financement (État, collectivités territoriales, sécurité sociale). En excluant les dépenses dévolues à l'accompagnement de la perte

d'autonomie des personnes âgées, les dépenses liées à l'invalidité et au handicap représentent 51 Md€ en 2019. Elles sont en forte hausse depuis 2010 (+ 21 % en euros constants), en raison notamment du dynamisme de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation adulte handicapé (AAH), et, plus récemment, de la hausse rapide des dépenses d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Ces dépenses, assumées pour moitié par la sécurité sociale, recouvrent des aides financières et de l'accompagnement dans la vie quotidienne, la scolarité et l'emploi. La mise en place de la branche autonomie de la Sécurité sociale pourrait cependant modifier la répartition des financements entre les différentes institutions.

► Les grands arrêts en matière de handicap

HACHEZ I. ET VRIELINK J.

2020

Bruxelles : Larcier

L'accès à la justice des personnes en situation de handicap reste compliqué, et, lorsqu'elles existent, les décisions rendues en la matière par les organes de contrôle belges et internationaux demeurent méconnues. D'où le parti pris par Isabelle Hachez et Jogchum Vrieling de les rassembler dans cet ouvrage collectif, en les organisant autour de neuf thématiques (le handicap à travers les sources du droit; les définitions du handicap; handicap et dignité; handicap et égalité; handicap et capacité juridique; handicap et autonomie individuelle; handicap et participation sociale; handicap et vie privée; handicap et lieux privatifs de liberté). Au total, l'ouvrage compte quarante auteurs (des universitaires, francophones ou néerlandophones, mais aussi des praticiens), trente commentaires de décisions - parfois aussi d'avis - afférentes aux thématiques retenues, ainsi que des conclusions générales capitalisant sur les enseignements livrés par les commentaires en lien avec les cinq questions adressées aux auteurs à l'entame de la recherche. Celle-ci souligne notamment le caractère pluriel du handicap, lequel recouvre des situations diverses - quoique chacune unique - et fait l'objet, en droit belge, de définitions multiples, parfois éloignées des indications livrées par la Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées. Aussi est-ce en définitive la réalité belge du handicap - des handicaps - qui se dessine au fil des commentaires de l'ouvrage, avec, en arrière-fond, les contours de ce que pourrait être une société inclusive : celle que la Convention onusienne nous demande d'inventer.

► Handicaps et emploi : rapport thématique 2019-2020

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
2020

Paris Igas

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf

Ce rapport d'évaluation rappelle que la France compte actuellement 2,8 millions de travailleurs handicapés et 5,9 millions de personnes qui, sans bénéficier de cette reconnaissance officielle, ont des soucis de santé qui les empêchent d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Dans la pratique, le taux de chômage atteint 18 % chez les personnes handicapées, soit le double de celui observé au niveau national à la fin de l'année 2019. Le rapport relève par ailleurs que le quota d'emploi n'est toujours pas respecté dans les entreprises assujetties : les travailleurs handicapés ne représentent que 3,5 % des effectifs dans le secteur privé et 5,5 % dans le secteur public, alors que le minimum légal est fixé depuis 1987 à 6 %. Face à ce constat, l'Igas propose trois scénarii possibles d'évolution à long terme des politiques de soutien à l'emploi des personnes en situation de handicap. Le premier consiste à renforcer le modèle existant, en recherchant par exemple de nouvelles sources de financement, en développant les modalités d'accompagnement des personnes handicapées et en repensant la politique de santé au travail. Le deuxième vise un changement de modèle fondé sur une plus grande inclusion. Plutôt que de maintenir une dichotomie entre travailleurs handicapés et non handicapés, l'idée serait notamment d'aménager des environnements de travail « d'accessibilité universelle ». Le troisième et dernier scénario permettrait à l'inverse de maintenir les catégories existantes et de développer des actions ciblées

Hospitals

► Chiffres clés 2019 de l'hospitalisation

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR
L'HOSPITALISATION
2020

Paris : ATIH

<https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-de-l-hospitalisation-2019>

Cette étude réalisée par l'Atih rassemble les chiffres clés 2019 de l'hospitalisation à partir des données collectées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Elle présente le nombre d'établissements, le nombre de patients hospitalisés ainsi que des exemples représentatifs de prises en charge.

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

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

Etudes Et Résultats (Drees). (1164).

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

En 2019, 1 352 hôpitaux publics, 671 établissements privés à but non lucratif et 982 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 005 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (392 000 lits) et partielle (79 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2019 (-0,9 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,9 %). Comme en 2018, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+6,5 %) qu'en court séjour (+1,2 %). En 2019, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile poursuivent également leur augmentation (+5,5 %). Elles représentent 6,2 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, les lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, ont augmenté entre 2013 et 2019.

► Les prescriptions hospitalières exécutées en ville

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE
2020

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

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

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

► Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour

CONTI B., BAUDET-MICHEL S. ET LE NEINDRE, C.
2020

Géographie Economie Société 22(1): 5-33.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>

Cet article propose d'analyser, à travers la notion de

rétraction, l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (séjour supérieur à un jour) en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique dans les villes de France métropolitaine sur la période 2000-2016. La notion de rétraction, utilisée dans les travaux sur la décroissance urbaine, est ici mobilisée afin de mettre l'accent sur le retrait de cet équipement de soins dans le système des villes. Après avoir présenté la manière dont la distribution spatiale des hôpitaux a été pensée et modifiée par l'État au cours des 50 dernières années, la rétraction des lits d'hospitalisation est interrogée dans sa relation à l'organisation du système urbain : affecte-t-elle davantage les petites villes ? Affecte-t-elle de manière préférentielle les villes en décroissance ? Plusieurs indicateurs de rétraction sont proposés pour répondre à ces questions. La rétraction par diminution permet de mettre en valeur une évolution qui a affecté la quasi-totalité du système urbain. La rétraction par disparition concerne davantage les petites villes et les villes en décroissance. D'une manière générale, les grandes villes sont moins touchées par la rétraction des lits hospitaliers que les villes petites et moyennes.

► Les agents contractuels dans la fonction publique

COUR DES COMPTES

2020

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-agent-contractuels-dans-la-fonction-publique>

Le gouvernement français a récemment engagé une réforme visant notamment à élargir les possibilités d'emploi d'agents contractuels dans la fonction publique. Les agents titulaires devraient rester longtemps encore majoritaires dans les trois versants de la fonction publique, mais la perspective d'une poursuite de l'augmentation de la part des agents titulaires conduit la Cour à formuler cinq recommandations visant notamment à : adapter les conditions de recrutement des agents publics, en élargissant la possibilité de recruter sur titre ; mieux négocier les rémunérations des agents contractuels, en développant l'usage de référentiels par les employeurs ; proposer à la négociation collective des cadres de gestion, pour les métiers qui s'y prêtent ; adapter les modalités de prise en charge du risque chômage à une augmentation du nombre d'agents contractuels ; améliorer les conditions du dialogue social pour mieux associer les agents contractuels à l'organisation et au fonctionne-

ment des services publics.

► Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie

COURTEJOIE N. ET DUBOST C. L.

2020

Les Dossiers de la Drees (67).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd67.pdf>

Cette étude a pour objet d'analyser les parcours de 90 800 patients hospitalisés en MCO (hospitalisation conventionnelle ou soins critiques) pour motif Covid-19 entre le 1^{er} mars et le 15 juin 2020.

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

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

2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1165).

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

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

► **Deterrence Effects Of Antifraud And Abuse Enforcement In Health Care**

HOWARD D. H. ET MCCARTHY I.

2020

NBER Working Paper Series ; 27900. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27900>

Estimates of the benefits of antifraud enforcement in health care typically focus on direct monetary damages. Deterrence effects are acknowledged but unquantified. We evaluate the impact of a Department of Justice investigation of hospitals accused of billing Medicare for unnecessary implantable cardiac defibrillator (ICD) procedures on their use. Using 100% inpatient and outpatient procedure data from Florida, we estimate that the investigation caused a 22% decline in unnecessary ICD implantations. The present value of savings nationally over a 10 year period is \$2.7 billion, nearly 10 times larger than the \$280 million in settlements the Department of Justice recovered from hospitals. The investigation had a large and long-lasting effect on physician behavior, indicating the utility of antifraud enforcement as a tool for reducing wasteful medical care.

► **Le Ségur de santé : les conclusions**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2020

Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

Après la signature des accords du Ségur de la santé qui consacrent 8,2 milliards d'euros à la revalorisation des métiers des établissements de santé et des Ehpad et à l'attractivité de l'hôpital public, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté les conclusions du Ségur de la santé le 21 juillet 2020. Le ministre s'est appuyé sur le rapport remis par Nicole Notat, animatrice du Ségur de la santé, pour retenir des mesures et des orientations fortes afin de poursuivre la modernisation du système de santé en France et d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les principales conclusions du Ségur de la santé : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants ; 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD, et reconnaître l'engagement des soignants au

service de la santé des Français ; 15 000 recrutements à l'hôpital public ; Accélérer la sortie du « tout T2A » (tarification à l'acte) et privilégier la qualité des soins ; Financer l'ouverture ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande » ; Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public ; Redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé ; Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients.

► **Impact Of Quality-Based Procedures On Orthopedic Care Quantity And Quality In Ontario Hospitals**

PROSHIN A., ROCHAIX L., ROHIT DASS A., *et al.*

2020

PSE Working Paper ; 2020-3. halshs-02872219.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:psewpa:halshs-02872219&r=hea>

In 2012 the Ontario Ministry of Health introduced Quality-Based Procedures (QBP), whereby for a selected set of medical interventions hospitals started to be reimbursed based on the price by volume formula, with the expectation that payments would be subsequently adjusted with respect to hospital performance on quality indicators. From the onset, unilateral hip and knee replacements were included in QBPs, whereas bilateral hip and knee replacements were added in 2014. In complement to QBPs, in 2012 the Health-Based Allocation Model (HBAM) was phased in allowing part of hospital funding to be tied to municipality-level patient and hospital characteristics. Using patient-level data from Canadian Discharge Abstract Database (DAD), we evaluate through a difference-in-difference approach the impact of QBPs/HBAM on the volume and quality of targeted procedures and other types of joint replacements plausibly competing for hospital resources. After controlling for patient, hospital and regional characteristics, we found a significant decrease in acute length of stay associated to QBPs, as well as a marked shift towards patients being discharged home with/without post-operative supporting services. However, evidence with regards to spillover effects and quality improvement across all joint replacement types is weak. Results are robust to various model specifications, and different estimation techniques, including matching methods and synthetic control groups.

► **9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville**

RICROCH L. ET SEIMANDI T.

2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1157).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-urgences-consultent-aussi-leur-medecin-de>

Près de neuf patients sur dix passés par les urgences hospitalières en 2017 ont également consulté un médecin généraliste en ville au cours des 12 mois qui précédaient ce passage. Ces patients pris en charge aux urgences ont un nombre plus élevé de consultations en ville que les autres patients ayant recours dans l'année à un médecin généraliste : 6,0 consultations contre 4,6 par an en moyenne. Les patients qui se rendent aux urgences plusieurs fois par an font également fortement appel à la médecine de ville : ils sont très peu nombreux à ne recourir qu'exclusivement aux urgences.

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

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

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

L'un des principaux enjeux actuels du système de santé est d'améliorer les parcours de soins en décloisonnant la ville et l'hôpital par une meilleure organisation des

prises en charge centrées sur le patient. La littérature montre que même pour des interventions courantes, les pratiques médicales varient largement entre établissements selon l'offre de soins environnante, les incitations financières auxquelles sont soumis des offreurs, les préférences individuelles et les habitudes des professionnels de santé. Or ces variations de pratiques impactent non seulement la qualité de la prise en charge à l'hôpital mais aussi les soins fournis en amont et en aval de l'hospitalisation, les ressources mobilisées à l'hôpital (approchées notamment par la durée de séjour) et les parcours de soins des patients.

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

SAFON M. O.

2020

Paris : Irdes

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

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

Inégalités de santé

Health inequalities

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

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

2020

Paris CNLE

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

Le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) a été installé officiellement le 25 septembre 2020. A cette occasion, le CNLE a adopté à l'unanimité l'avis issu des travaux

de la mission d'urgence qu'il avait constituée le 26 juin dernier. Le CNLE formule 12 propositions pour faire face à la crise, directement issue des expériences et difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté et les acteurs qui les accompagnent.

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

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

2020

Paris FNMF

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

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

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

FRANCE STRATÉGIE

2020

Paris France Stratégie

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

La période de crise économique et sociale que nous traversons est d'une ampleur inédite depuis l'après-guerre, supérieure à la crise de 2008. Elle a déjà et aura certainement un effet intense sur la situation des plus démunis. Le comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a souhaité s'exprimer à ce sujet en amont de la publication de son prochain rapport en mars 2021. La présente note vise ainsi à revenir sur les impacts pour les plus modestes de la crise sanitaire et du confinement qui s'est ensuivi, à préciser les effets attendus de la dégradation économique engendrée par la crise sur leur situation, et d'exprimer un certain nombre de points de vigilance quant à la réponse politique à la crise. Pour la réaliser, le comité d'évaluation s'est appuyé sur les auditions réalisées depuis le début de la

crise du coronavirus. Il a également consulté le collège composé de personnes en situation de précarité ou de pauvreté (5^e collège) du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) et le panel citoyen.

► **Santé des migrants**

HALLEY DES FONTAINES V. ET KEROUEDAN D.

2020

Actualité Et Dossier En Sante Publique(111).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172#82>

Ce dossier a pour objectif de dresser un bilan de la santé des migrants en France sous divers aspects : définition et état de santé, santé des femmes et des enfants, dispositifs d'accueil et de prise en charge, modes de couverture sociale et problèmes spécifiques de santé mentale.

► **The American Pathology Of Inequitable Access To Medical Care**

HOFFMANN A. ET HALL M. A.

2020

In: [Oxford Handbook of Comparative Health Law.] University of Pennsylvania Carey Law School.

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3690609&dgcid=ejournal_html_email_insurance:financing:in:health:economics:ejournal_abstractlink

What most defines access to health care in the United States may be its stark inequity. Daily headlines in top newspapers paint the highs and lows. Articles entitled: "We Mapped the Uninsured. You'll notice a Pattern: They tend to live in the South, and they tend to be poor" and op-eds with titles like "Do Poor People Have a Right to Health Care?" and "What it's Like to Be Black and Pregnant when you Know How Dangerous That Can Be" run side-by-side with headlines touting "The Operating Room of the Future," and advances in gene therapy that promise cures to everything from vision loss to cancer, accompanied by high six-figure price tags. Americans' claims that they have access to the best medical care in the world are correct. Equally true are the claims that the system is broken. This chapter maps out the complex picture of access to medical care in the United States and reflects on how variable access illustrates, among other things, an American ambivalence about health solidarity. This Chapter first considers health care financing as one critical element that defines access to medical care and describes the

multifaceted U.S. health care financing structure, predominated by public insurance programs for select populations and regulated private insurance for others. Second, this Chapter describes how access is equally shaped by legal requirements that create treatment obligations for doctors or hospitals, regardless of how someone pays for care. There is no constitutional right to health in the U.S., but various layers of statutory and common law have created some guarantees. That said, despite efforts to increase access over the past decades, the United States is still extraordinary, as compared to peer nations, on the unevenness of access to medical care among its population

► **Repérer les besoins en santé, dans un contexte de crise sanitaire, à partir des déterminants sociaux**

KUPERMINC J. ET LE GALLO M.

2020

Compas Zoom(25)

<http://www.lecompas.fr/doc/CompaszOOm25-22Avril2020.pdf>

La crise sanitaire que nous vivons actuellement révèle, sur l'ensemble du territoire national, des besoins en matière de santé pour l'ensemble de la population. Pour autant, là encore, les inégalités sociales opèrent puisque les publics les plus précaires subissent davantage les effets de la crise du Covid-19. Il importe donc de proposer aux décideurs et aux acteurs locaux des éléments de connaissance sur ces publics potentiellement les plus concernés par les besoins de soins et de prévention. Pour cela, le Compas propose un indice agrégé (baromètre©Compas) s'appuyant sur les différents travaux réalisés dans ce domaine afin de valider des déterminants sociaux de santé pertinents, déclinables pour chaque commune et ses quartiers. Cet indicateur se veut opérationnel en définissant des zones d'actions prioritaires et pourra être croisé avec des projections de population ©Compas, l'offre de soins présente sur la commune ou l'intercommunalité et l'accessibilité aux soins.

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

LAFORGERIE F.

2020

Cahier Gingembre : Remaides N° 111(42)

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

De loi sur l'immigration en loi sur l'immigration (on en compte plus de 100 en 75 ans, en France, les conditions d'accès à la santé des personnes étrangères, dont celles malades, n'ont cessé de se dégrader. Le phénomène est net, ces dernières années. Il s'est même emballé, ces récents mois. Sur cette période, les projets gouvernementaux, les protestations des ONG, la radicalisation du discours politique et les conséquences concrètes pour les personnes concernées, autant de sujets sur lesquels, Gingembre revient dans un feuilleton en deux parties : « Le temps des menaces » et « On rentre dans le dur ». Cette publication constitue la deuxième partie de l'étude. La première partie est accessible à cette adresse : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_41.pdf

► **Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France**

MIGNON D. ET JUSOT F.

2020

Economie Et Statistique(514-515-516): 157-175.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4511689?sommaire=4511714>

Alors que la santé des jeunes adultes est un enjeu reconnu de santé publique en France, moins d'attention est accordée à leur recours aux soins. Cet article s'interroge sur l'existence d'inégalité des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes à partir des données de l'Enquête nationale sur les ressources des jeunes. (2014). En mobilisant le cadre de la philosophie de la responsabilité, une distinction est faite entre des inégalités « injustes » liées à des circonstances en dehors du contrôle des jeunes et des inégalités « justes » liées à des caractéristiques relevant de leur responsabilité. Des modèles de probabilité linéaire sont mobilisés pour estimer les associations entre les probabilités de non-recours (non-utilisation et renoncement aux soins) et les caractéristiques parentales (assurance complémentaire santé, activité principale, revenu, situation familiale et statut vital) d'une part et celles du jeune (éducation, activité principale, cohabitation, ressources financières, assurance complémentaire santé) d'autre part, traduisant respectivement l'existence d'inégalités injustes et d'inégalités justes. La décomposition de la variance permet de quantifier ces inégalités et suggère que les inégalités injustes sont plus importantes que les inégalités justes.

Pharmaceuticals**► How Do Prescription Drug Monitoring Programs Reduce Opioid Prescribing? The Role Of Hassle Costs Versus Information**

ALPERT A. E., DYKSTRA S. E. ET JACOBSON M.
2020

NBER Working Paper Series ; n° 27584. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27584>

Past work demonstrates that mandated prescription drug monitoring programs (PDMPs) decrease opioid prescribing, but provides limited evidence on mechanisms. We analyze Kentucky's landmark PDMP mandate to disentangle the role of information versus hassle costs. PDMP mandates are meant to affect prescribing through information provision but may also unintentionally affect prescribing through the hassle cost of required record checks. On net, we find that although information clearly affected prescribing, hassle costs explain the majority of the decline in prescribing from this program. Hassle costs, however, did not deter physicians from prescribing opioids to the patients who would benefit the most

► Les réformes récentes de la rémunération des pharmacies de ville

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

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

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

Le commerce de produits pharmaceutiques a réalisé en 2017 un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, réparti entre 21 200 officines. Les ventes de médicaments remboursables par la sécurité sociale (qu'ils soient ou non effectivement présentés au remboursement) représentent l'essentiel de ce chiffre d'affaires (70 %). La rémunération perçue par les pharmaciens sur les médicaments remboursables, dont les modalités sont encadrées par le code de la sécurité sociale, constitue la principale source de revenus de l'écono-

mie officinale. Alors qu'elle était historiquement assise très majoritairement sur le prix des médicaments, la mise en place d'un honoraire de dispensation à la boîte en 2015, puis la création en 2019 de trois nouveaux honoraires liés au type d'ordonnance honorée, ont profondément modifié la structure des revenus des pharmaciens sur les médicaments remboursables en les rendant moins sensibles à l'évolution des prix et des volumes des médicaments. Parallèlement, de nouvelles missions rémunérées dans les domaines du dépistage, de la prévention et de la vaccination ont également été confiées aux pharmaciens. Cette fiche vise à présenter ces nouveaux modes de rémunération et leurs impacts sur la dynamique de la rémunération des pharmacies d'officine. Les montants présentés dans cette fiche ne sont pas directement comparables au revenu des pharmaciens d'officine qui intègre, en plus des produits de la vente des médicaments remboursables, ceux relatifs aux médicaments non remboursables, aux dispositifs médicaux et prestations associées (remboursables ou non) et à la parapharmacie et desquels il faut retrancher les charges.

► Mission des prestataires de services et distributeurs de matériel

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article792>

Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) fournissent des dispositifs médicaux et des aides techniques aux personnes malades, ou présentant un handicap, et vivant à leur domicile. La distribution de ces équipements peut s'accompagner de prestations variées (de la simple livraison au télé-suivi de l'observance du traitement). Les prestataires (20 000 salariés) revendiquent la prise en charge de plus de 2 millions de patients chaque année, dont 50 % au titre de l'apnée du sommeil. Les pharmacies d'officine peuvent aussi remplir ces missions. Ces dispositifs et prestations sont remboursés par l'Assurance maladie s'ils font l'objet d'une prescription médicale et s'ils figurent sur la 'Liste des produits et prestations remboursables'. Ils ont représenté en 2018 près de 6,4 Mds € de remboursements, en forte hausse (+ 30 % depuis 2012). Les deux tiers de

ces montants se concentrent sur cinq postes : appareils respiratoires, métabolisme (diabète essentiellement), maintien à domicile (lits médicalisés, fauteuils roulants...), dermatologie (pansements), appareil digestif (compléments nutritionnels oraux). La mission a évalué l'opportunité et les conséquences d'une évolution des missions et du champ d'intervention de cette profession. Après avoir rencontré l'ensemble des acteurs du secteur, ainsi que des représentants des patients, elle présente un état des lieux précis et propose de mieux définir le cadre de cette activité afin de : - Renforcer les garanties de qualité de prestation, de bonnes pratiques professionnelles et de bon usage des ressources publiques; - Clarifier les responsabilités des pouvoirs publics; - Positionner les PSDM en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

► **La régulation du médicament par les normes (AMM, SMP, ASMR...)**

TOUSSAINT B.

2020

Sève : Les Tribunes De La Santé(64): 87-97.

En réaction à la visibilité croissante des dégâts sanitaires provoqués par les médicaments, de nombreux pays ont renforcé dans les années 1960 et 1970 leurs

processus de mise sur le marché. Les firmes pharmaceutiques, de moins en moins nationales, ont alors cherché à pouvoir commercialiser leurs médicaments rapidement dans le monde entier, sur la base d'un dossier unique. Elles ont joué un rôle moteur dans l'harmonisation des normes qui leur étaient appliquées. Les normes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) sont produites par l'International Council for Harmonisation (ICH), dominé, depuis ses origines en 1990, par des représentants des firmes pharmaceutiques et de certaines agences du médicament. De nombreuses données montrent que, en Europe comme ailleurs, ces normes minutieuses mais élaborées dans l'entre soi firmes-régulateurs laissent arriver sur le marché une majorité de médicaments qui n'apportent pas de progrès médical avéré, voire sont des régressions. On constate aussi qu'une démonstration de valeur thérapeutique ajoutée doit devenir une norme d'AMM pour répondre aux besoins des principaux intéressés par les médicaments : les patients et les professionnels de santé, et les responsables de la protection sociale. En France, par sa cotation méthodique de l'intérêt du médicament, qui conditionne le remboursement par la Sécurité sociale, la Commission de la transparence peut protéger les patients de médicaments autorisés mais plus dangereux qu'utiles.

Méthodologie – Statistique

Methodology-Statistics

► **Applied Spatial Data Analysis With R**

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

2013

Heidelberg : Springer Verlag

Applied Spatial Data Analysis with R, second edition, is divided into two basic parts, the first presenting R packages, functions, classes and methods for handling spatial data. This part is of interest to users who need to access and visualise spatial data. Data import and export for many file formats for spatial data are covered in detail, as is the interface between R and the open source GRASS GIS and the handling of spatio-temporal data. The second part showcases more specialised kinds of spatial data analysis, including spatial point pattern analysis, interpolation and geo-

statistics, areal data analysis and disease mapping. The coverage of methods of spatial data analysis ranges from standard techniques to new developments, and the examples used are largely taken from the spatial statistics literature. All the examples can be run using R contributed packages available from the CRAN website, with code and additional data sets from the book's own website. Compared to the first edition, the second edition covers the more systematic approach towards handling spatial data in R, as well as a number of important and widely used CRAN packages that have appeared since the first edition.

► **Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives**

BOUYER J., HEMON D., CORDIER S., *et al.*
1995

Paris : Inserm ; Paris : Editions Tec & Doc Lavoisier

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

CUDDY E. ET CURRIE J.
2020

NBER Working Paper Series ; 27890. Cambridge NBER.

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

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

► **Un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé**

DUBOST C. L. ET LEDUC A.
2020

Les Dossiers de la Drees (66)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/edp-sante_dd_pour_bat1-pour_mise_en_ligne.pdf

Si le système national des données de santé apporte une grande quantité d'informations sur la consommation et les parcours de soins des bénéficiaires de l'Assurance maladie, son contenu est très limité pour caractériser la situation socio-économique de ces personnes. Dans l'optique d'évaluer la Stratégie nationale de santé 2018-2022, et en particulier son objectif de réduire les inégalités sociales de santé, la Drees a donc piloté un projet visant à enrichir le SNDS de ce type de données en appariant l'échantillon démographique permanent de l'Insee au SNDS. La base de données résultant de cet appariement, appelée l'EDP-Santé, doit permettre de réaliser des études longitudinales sur les parcours de soins entre 2008 et 2022, à partir d'un échantillon d'un peu plus de 3 millions de personnes, qu'il est possible de croiser avec des données issues des fichiers fiscaux, du recensement (exhaustif, puis par enquête), du panel d'actifs tous salariés de l'Insee, du fichier électoral et de l'État civil. Ce document présente les contours de ce projet d'appariement, sa finalité et sa place dans le paysage des données de santé (partie 1), ses enjeux juridiques et les étapes de sa conception (partie 2), et enfin sa mise en œuvre ainsi que quelques premiers résultats méthodologiques sur sa qualité et ses perspectives d'utilisation (partie 3).

► **Les cohortes pour les études et la recherche en santé**

ELBAUM M., AQUILLE M., MINAULT B., *et al.*
2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article788>

A la demande des ministres en charge de la santé et de la recherche, l'Igas et l'IGéSR ont procédé à une évaluation de l'ensemble des 14 cohortes épidémiologiques soutenues dans le cadre du « programme des investissements d'avenir » (PIA) lancé en 2010. Les questionnements sur leur place dans la recherche s'inscrivent dans un environnement évolutif qui voit se développer d'autres instruments d'observation sur la base de données individuelles longitudinales : bases de données médico-administratives, registres de morbidité ou de patients, enquêtes et panels statistiques. Les inspections générales ont donc adopté une vision large des enjeux d'observation et d'articulation des sources existant dans ce domaine. Elles proposent des modalités renouvelées de consolidation, d'accompagnement et de pilotage des cohortes existantes, et esquissent une stratégie nationale d'utilisation des données longitudinales pour la recherche en santé.

► **Grandeurs et turpitudes des normes depuis l'EBM : quantitatistes et qualitatistes doivent travailler ensemble**

MAISONNEUVE H.

2020

Sève : Les Tribunes de la Santé(64): 79-86.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-79.htm>

Selon l'evidence-based medicine (EBM), la norme serait la preuve scientifique, mais quelle preuve ? Proposer une médecine sur des normes a favorisé les méthodes quantitatives. Les méthodes qualitatives ont été ignorées et marginalisées. La preuve scientifique serait-elle uniquement basée sur les essais contrôlés randomisés (ECRs) qui évaluent un patient moyen ? La médecine scientifique basée sur les nombres a ignoré la médecine qualitative basée sur les mots. La mauvaise qualité de la littérature quantitative pourrait mettre en péril l'EBM. Au début des années 2010, des chercheurs ont montré que ce qui était publié était peu reproductible... Pour le rédacteur en chef du Lancet, la moitié des publications seraient fausses. Des courants ont attiré l'attention sur les biais de ces « normes », en évoquant une crise de l'EBM. Les études qualitatives nous permettent de comprendre comment des interventions cliniques prometteuses n'ont jamais « marché » dans la vie réelle, comment les professionnels et les patients utilisent les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ces études explorent les rela-

tions complexes entre les systèmes et les hommes, dans un contexte sociopolitique qui régule la santé. Les méthodes des chercheurs en sciences humaines et sociales sont robustes si elles sont faites par des professionnels de ces disciplines. Le retour des qualitatistes ne veut pas dire éloignement des normes, contrairement à ce que pensent les quantitatistes.

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

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2020

Paris : Irdes

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

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

Politique Publique

Public Policy

► **Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques. Etude annuelle 2020**

CONSEIL D'ETAT

2020

Paris La Documentation française

<https://www.conseil-etat.fr/Media/actualites/documents/2020/08-aout/etude-2020-evaluation-des-politiques-publiques.pdf>

Dans un contexte de défiance entre citoyens et responsables publics, l'évaluation des politiques publiques peut jouer un rôle central, en apportant à notre démo-

cratie des analyses fiables et factuelles pour éclairer le débat public et la décision. Dans l'étude qu'il publie aujourd'hui, le Conseil d'État fait le point sur l'évaluation en France : celle-ci a beaucoup progressé, mais reste encore trop éloignée du monde de la recherche et souffre parfois de faiblesses organisationnelles. Surtout, elle n'est pas assez partagée avec les citoyens et utilisée par les décideurs. C'est pourquoi le Conseil d'État formule aujourd'hui 20 propositions pour se donner les moyens et l'ambition de mieux évaluer, renforcer le cycle vertueux de l'évaluation et utiliser réellement les évaluations dans la délibération démocratique et l'action publique.

Health Policy**► La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation**CHIGNOT V.
2020**Sève : Les Tribunes De La Sante(64): 99-116.**

La participation des usagers aux réflexions sur le système de santé s'est institutionnalisée depuis les grandes crises sanitaires des années 1980/1990. Communément désignée sous le nom de démocratie sanitaire, cette participation, organisée par l'État via les associations de patients, familles, consommateurs, retraités et personnes en situation de handicap, s'est organisée en France sous une forme néocorporatiste. Tentant d'abord de s'affranchir du pouvoir traditionnellement paternaliste de la profession médicale, les associations sont ensuite entrées dans des instances autrefois paritaires, comme les caisses d'Assurance maladie, suscitant des oppositions de certains syndicats de salariés et professionnels médicaux. Certains considèrent que, par la figuration de l'utilisateur en consommateur la démocratie sanitaire accélère la mise en marché du système de santé. Mais la prépondérance des associations de malades et de personnes en situation de handicap au sein de la représentation centralisée des usagers la protège pour l'instant d'une orientation purement consumériste. La représentation des usagers par les associations, qui recrutent principalement dans les classes moyennes et éduquées, sa centralisation et sa professionnalisation produisent des angles morts, en particulier en ce qui concerne la défense des usagers en situation de précarité. Enfin, l'indépendance politique et financière de la représentation, et plus particulièrement envers l'État est loin d'être achevée, compromettant sa crédibilité.

► Les politiques de lutte contre la pollution de l'airCOUR DES COMPTES
2020**Paris Cour des comptes**<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-la-pollution-de-lair>

À la demande de la commission des finances du Sénat,

la Cour a réalisé une enquête sur les politiques de lutte contre la pollution de l'air. Alors que les risques sanitaires et environnementaux liés à la pollution de l'air sont de mieux en mieux connus, les résultats obtenus apparaissent encore insuffisants. Les instruments réglementaires, budgétaires et fiscaux doivent être renforcés, afin d'atténuer les risques sanitaires et environnementaux, et de permettre à la France d'atteindre ses objectifs. De même, les plans d'action nationaux et locaux doivent être évalués et mieux articulés, les collectivités territoriales jouant un rôle grandissant. La Cour formule à cette fin 12 recommandations portant sur les principaux secteurs émetteurs : les transports, le résidentiel-tertiaire, l'industrie et l'agriculture.

► Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaireHAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2020**Saint-Denis HAS**https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

Les démarches d'engagement recouvrent différentes formes de collaboration entre des professionnels et des personnes soignées ou accompagnées, leurs proches, leurs associations, etc., pour améliorer la qualité des soins et des accompagnements : aide à la décision partagée, concertation citoyenne, évaluation de la satisfaction, soutien par les pairs, recherche collaborative, participation des patients à la formation des médecins ... La recommandation de la Has propose à ces acteurs des repères pour mettre en œuvre de manière effective des pratiques d'engagement. L'engagement des personnes concernées nécessite d'être encouragé et soutenu par les décideurs et gestionnaires dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. Pour chaque projet ou situation, l'objectif est d'atteindre le plus haut niveau d'engagement possible. Il convient toutefois de s'ajuster aux contextes et aux possibilités des personnes concernées comme des professionnels. Prévoir des modalités de reconnaissance des personnes engagées est un facteur de pérennité des actions. Parmi ces modalités figurent : la définition de statuts, un rem-

boursement des frais, des modalités d'indemnisation ou de rémunération et une validation des acquis de l'expérience. Cette démarche nécessite l'affirmation de principes forts et la mise à disposition de ressources appropriées : temps, financement et cellule d'appui

dédiée. Des travaux de recherche et d'évaluation sur l'engagement nécessitent d'être développés. Cette recommandation est accompagnée d'un glossaire et d'un recueil d'expériences de près de 150 exemples sous forme de fiches descriptives.

Politique sociale

Social Policy

► **Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer**

BONNET E.

2020

Etudes Et Résultats (Drees)(1158)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1158.pdf>

Fin 2017, 11 300 majeurs bénéficient d'une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte. En baisse légère mais continue depuis 2014, le faible nombre de bénéficiaires ayant eu recours à ce dispositif depuis sa mise en place traduit sa difficile montée en charge. Cette mesure instaurée en 2009 vise à accompagner ses bénéficiaires vers un retour à l'autonomie dans la gestion des prestations sociales. Elle prend la forme d'un contrat avec des engagements réciproques entre le département et l'intéressé, et peut devenir contraignante si le contrat s'avère insuffisant. Les disparités départementales, liées à son inégale appropriation, sont très marquées. Le recours à une MASP est principalement motivé par une insécurité liée au logement ou à la santé du bénéficiaire. Les bénéficiaires de la MASP sont en majorité des allocataires de minima sociaux, âgés de 30 à 59 ans, vivant seuls. La durée moyenne d'une mesure est de 17 mois. Trois mesures terminées sur dix sont liées à un retour à l'autonomie du bénéficiaire.

► **Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2020**

CABANNES P. Y. ET RICHET-MASTAIN L.

2020

Panorama de la Drees. Paris Drees.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/drees_-_pano_-_minima_sociaux_-_assemblage_-_bat_-_210920.pdf

Fin 2018, 4,25 millions de personnes sont allocataires de l'un des dix minima sociaux en vigueur en France, un chiffre en légère augmentation (+0,6 %) par rapport à fin 2017. En incluant les conjoints et les personnes à charge, 6,9 millions de personnes sont couvertes par les minima sociaux, soit 10 % de la population. Par ailleurs, 6,61 millions de foyers bénéficient d'une aide au logement, 3,16 de la prime d'activité, 6,80 d'une prestation familiale et 5,63 millions de personnes de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Enfin, en 2019, 5,69 millions de ménages ont reçu un chèque énergie. Ces résultats sont issus de l'édition 2020 des Minima sociaux et prestations sociales, qui détaille les dispositifs assurant la redistribution en faveur des ménages les plus modestes. Des études portant sur les conditions de logement, l'emploi, l'accompagnement et l'insertion, les revenus, la santé et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux sont également disponibles ainsi que des analyses sur leurs conditions de vie et leur vie sociale, et sur celles des bénéficiaires de la prime d'activité. L'ouvrage présente, en outre, les barèmes en vigueur à ce jour et des données statistiques recueillies jusqu'en 2019. Il analyse les effets des prestations sociales et des impôts directs sur la réduction de la pauvreté. L'ensemble du système redistributif réduit ainsi le taux de pauvreté monétaire de 8 points en 2017.

► **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales**

HETZEL P. ET BRINDEAU P.
2020

Paris Assemblée nationale

http://www2.assemblee-nationale.fr/15/autres-commissions/commissions-d-enquete/commission-d-enquete-relative-a-la-lutte-contre-les-fraudes-aux-prestations-sociales/%28block%29/RapEnquete/%28instance_leg%29/15/%28init%29/0-15

Paru après le rapport de la Cour des comptes, ce rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale dresse un bilan de la fraude sociale. Si la commission n'a pas pu chiffrer l'étendue de la fraude, elle propose en revanche une liste de 55 recommandations pour lutter contre ce phénomène aux facettes multiples : fraude documentaire (falsification de documents), fraude à l'identité, failles du dispositif d'immatriculation à l'étranger, mais aussi fraudes en bande organisée « qui alimentent les organisations criminelles et terroristes ».

Prévention

Prevention

► **Vaccination Take-Up And Health: Evidence From A Flu Vaccination Program For The Elderly**

BRILLI Y., LUCIFORA C., RUSSO A., *et al.*
2020

IZA Discussion Paper ; 13546.

<http://ftp.iza.org/dp13546.pdf>

We analyze the effects of a vaccination program providing free flu vaccine to individuals aged 65 or more on take-up behavior and hospitalization. Using

both administrative and survey data, we implement a regression discontinuity design around the threshold at age 65, and find that the effect of the program on take-up ranges between 70% and 90% of the average vaccination rate for individuals aged less than 65. We show that this effect is not entirely driven by an income channel, but also depends on the expected benefits of vaccination. The analysis on health outcomes shows that the program reduces the likelihood of emergency hospitalization.

Prévision – Evaluation

Prevision-Evaluation

► **Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2020

Paris HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

La version 2020 du guide méthodologique sur l'évaluation économique à la Has s'est enrichie de l'expérience des dix années écoulées. Les principales modifications apportées visent à améliorer l'interprétation des résul-

tats et de l'incertitude, à préciser des points techniques et à intégrer des évolutions méthodologiques intervenues depuis 2011. Cette version actualisée comporte 27 recommandations contre 20 en 2011 et l'ajout d'un glossaire. Deux chapitres ont été ajoutés : un chapitre sur les objectifs d'une évaluation économique, afin d'inciter l'évaluateur à réfléchir sur le sens de sa démarche; un chapitre sur l'évaluation de l'efficacité relative (ou comparative) et de la tolérance. Cette nouvelle version est l'occasion pour la Has d'insister sur l'importance d'interpréter ces évaluations souvent perçues comme très techniques. Dans cette perspective,

plusieurs recommandations appellent à une réflexion plus étayée sur les objectifs de l'évaluation au moment de sa conception, à un effort constant d'argumentation des choix méthodologiques retenus et, enfin, à une interprétation étoffée des résultats produits.

► **Premier avis relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2020

Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=884>

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi le 30 juillet 2019 pour réaliser l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé (SSES). Ce premier volet de l'évaluation (qui s'étendra sur une période de deux ans) a analysé les modalités de son déploiement sur le territoire national et son articulation avec les politiques et dispositifs de prévention. Le SSES a suscité à la rentrée 2019 une forte et rapide mobilisation des universités, écoles et instituts en charge de la formation des futurs professionnels de santé. L'inscription dans les programmes d'une initiation à la pratique d'actions de prévention primaire en équipe interprofessionnelle représente une innovation appréciée des étudiants. Elle nécessite cependant une ingénierie pédagogique complexe dont la mise en œuvre « à moyens constants » représente un élément de fragilité. Le HCSP a identifié deux points d'attention particulière :

la qualité de la formation des étudiants aux méthodes d'intervention et de communication en prévention et l'articulation du SSES avec les dispositifs de prévention en région, en particulier ceux portés par l'Éducation nationale. Cette articulation est une des conditions de l'impact attendu du SSES sur la prévention et la promotion de la santé. Considérant que le SSES est un dispositif innovant et prometteur, le HCSP formule, à l'issue de cette première évaluation, une série de recommandations pour : développer l'interprofessionnalité et la co-construction de la formation ; renforcer les capacités de formation des étudiants aux méthodes d'intervention et de communication en prévention ; faciliter l'articulation du SSES avec les dispositifs existant dans les territoires.

► **Les défis du monde d'après : l'analyse de Jean Pisani-Ferry**

PISANI-FERRY J.
2020

Paris : Terra Nova

<https://tnova.fr/notes/les-defis-du-monde-d-apres-l-analyse-de-jean-pisani-ferry>

L'épidémie de coronavirus a révélé la vulnérabilité de nos sociétés et renforcé la volonté de répondre à l'urgence climatique. Chaque mois, l'économiste Jean Pisani-Ferry réalise une chronique sur les grands enjeux de l'actualité européenne et internationale. Celle-ci écrite en partenariat avec Project Syndicate porte sur les défis du monde d'après le coronavirus.

Psychiatrie

Psychiatry

► **La santé mentale des adolescents de 3e en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire**

CARRASCO V. ET GUIGNON N.
2020

Les dossiers de la Drees (65)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd65.pdf>

L'édition 2017 de l'enquête nationale de santé scolaire, menée par le ministère chargé de la santé en partenariat avec le ministère de l'éducation natio-

nale, s'est intéressée à la santé psychique des élèves de classe de 3^e par le biais d'un auto-questionnaire. Cinq dimensions de la santé mentale ont ainsi pu être explorées, en s'appuyant non seulement sur le ressenti des élèves mais également sur leur comportement : détresse psychique, qualité du sommeil, comportement alimentaire, blessures cutanées auto-infligées et comportements suicidaires. Les indicateurs de santé mentale qui en résultent sont toujours globalement moins bons pour les filles que pour les garçons mais de nombreux autres déterminants peuvent être mis

en évidence, relatifs au mode et à l'hygiène de vie des adolescents, à leurs caractéristiques sociodémographiques, à la consommation de substances psychoactives, à l'absentéisme scolaire, aux atteintes subies et à leurs préoccupations présentes et futures. Une typologie prenant en compte les différentes dimensions de la santé mentale a permis une répartition des élèves en 6 groupes, allant du meilleur état de santé mental au plus mauvais. La très grande majorité des élèves de troisième se répartit à parts égales entre ceux qui ont une très bonne santé mentale (2 premières classes, soit 44 % des élèves) et ceux qui connaissent un mal-être modéré (classes 3 et 4, 43 % des élèves). À la marge, 13 % ont une santé mentale plutôt mauvaise, dégradée pour 8 % d'entre eux (classe 5) et très mauvaise pour 5 % (classe 6). Bien que ces deux dernières classes se ressemblent par leur opposition aux autres groupes sur tous les plans (surreprésentation des filles, moins de familles nucléaires, moins bonne hygiène de vie, davantage de consommations de substances psychotropes, atteintes subies plus fréquemment, plus d'absentéisme scolaire) elles se distinguent entre elles par ce qui les caractérise le plus et correspondent à deux profils différents : d'un côté (dernière classe), plus forte surreprésentation des filles, fréquence des tentatives de suicide, des vomissements volontaires et des actes auto agressifs répétés; de l'autre (avant dernière classe), détresse psychique élevée, problèmes de sommeil, problèmes de comportements alimentaires moins graves et pensées suicidaires. L'avant dernière classe se caractérise également par une appartenance plus fréquente à un milieu social favorisé, 24 % des adolescents y appartenant ont ainsi des parents cadres contre 15 % pour la dernière classe.

► **What Good Are Treatment Effects Without Treatment? Mental Health And The Reluctance To Use Talk Therapy**

CRONIN C. J., FORSSTROM M. P. ET PAPAGEORGE N. W.

2020

NBER Working Paper Series ; 27711. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27711>

Mounting evidence across disciplines shows that psychotherapy is more curative than antidepressants for mild-to-moderate depression and anxiety. Yet, few patients use it. This paper develops and estimates a structural model of dynamic decision-making to analyze mental health treatment choices in the context

of depression and anxiety. The model incorporates myriad costs suggested in previous work as critical impediments to psychotherapy use. We also integrate links between mental health and labor outcomes to more fully capture the benefits of mental health improvements and the costs of psychotherapy. Finally, the model addresses measurement error in widely-used mental health variables. Using the estimated model, we find that mental health improvements are valuable, both directly through increased utility and indirectly through earnings. We also show that even though psychotherapy improves mental health, counterfactual policy changes, e.g., lowering the price or removing other costs, do very little to increase uptake. We highlight two conclusions. As patient reluctance to use psychotherapy is nearly impervious to a host of a priori reasonable policies, we need to look elsewhere to understand it (e.g., biases in beliefs about treatment effects, stigma, or other factors that are as yet unknown). More broadly, large benefits of psychotherapy estimated in randomized trials tell only half the story. If patients do not use the treatment outside of an experimental setting—and we fail to understand why or how to get them to—estimated treatment effects cannot be leveraged to improve population mental health or social welfare.

► **Disparities In The Use Of General Somatic Care Among Individuals Treated For Severe Mental Disorders And The General Population In France**

GANDRE C. ET COLDEFY M.

2020

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

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3367#cite>

Individuals with severe mental illnesses (SMI) face a striking excess and premature mortality which has been demonstrated in several national contexts. This phenomenon, which constitutes a red-flag indicator of public health inequities, can be hypothesized to result from healthcare access issues which have been insufficiently documented so far. In this context, our objective was to explore patterns of general somatic healthcare use of individuals treated for SMI in comparison to those of the general population in France using national health administrative data and a matched case-control study. Differences in the use of general and specific somatic preventive care services, primary care, routine specialized somatic care and

admissions to non-psychiatric hospital departments for somatic causes were described between cases and controls after adjustment on differing clinical needs, socio-economic status, and living environment. Our results show a lower use of general preventive care services and of routine specialized somatic care in the SMI population, despite more frequent comorbidities, and a higher occurrence of avoidable hospitalizations, despite higher contacts with primary care physicians. These findings suggest that the health system fails to address the specific needs of this vulnerable population and support the development of measures aimed at reducing this gap.

► **Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère**

GANDRE C. ET COLDEFY M.
2020

Questions d'Economie de La Santé (Irdes)(250).
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

► **Mental Health And Primary Care Networks: What Are The Opportunities?**

NAYLOR C., BELL A., BAIRD A., *et al.*
2020

Londres The King's Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/mental-health-primary-care-networks>

The establishment of primary care networks (PCNs) is one of the most important reforms to primary care in England in recent years. This report explores what opportunities the emergence of these new networks creates for improving the support and treatment provided to people with mental health needs in primary care. We start this report by describing why improvement to primary mental health care

► **Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19**

MONZIOLS M., CHAPUT H., VERGER P., *et al.*
2020

Etudes Et Résultats (Drees)(1162)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1162-te_le_consultation-bat.pdf

Au cours des mois de mai et de juin 2020, les participants au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES ont été interrogés sur leur pratique de la téléconsultation pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19. Les trois quarts des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant. Au cours de la première semaine du déconfinement, 7 médecins sur 10 ont réalisé au moins une téléconsultation. Parmi eux, 1 sur 10 a déclaré avoir même réalisé plus de 25 % de ses consultations par ce biais. L'utilisation de cet outil entraîne cependant certaines difficultés pour les médecins généralistes : plus de la moitié de ceux qui l'ont utilisé estiment que l'examen clinique en présentiel reste souvent ou systématiquement indispensable. Un peu moins de la moitié a souvent ou systématiquement rencontré des problèmes techniques. Les médecins sont partagés sur la satisfaction qu'ils retirent de la pratique de la médecine via la téléconsultation : un peu moins de la moitié des médecins se disent moyennement satisfaits, mais un tiers d'entre eux en sont peu ou pas satisfaits et, à l'inverse, un quart d'entre eux en sont très ou tout à fait satisfaits. C'est dans les départe-

tements les plus touchés par l'épidémie que son utilisation a été la plus importante et que la satisfaction des médecins est plutôt plus élevée.

Sociologie

Sociology

► Conditions de vie des jeunes femmes en zone rurale : des inégalités par rapport aux hommes ruraux et aux urbaines

PINEL L.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1154).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/conditions-de-vie-des-jeunes-femmes-en-zone-rurale-des-inegalites-par-rapport>

Fin 2014, un quart des jeunes adultes de 18 à 24 ans vivent en territoire rural. Parmi eux, 45 % sont des femmes, contre 50 % en milieu urbain, selon l'Enquête nationale sur les ressources des jeunes de la Drees et de l'Insee. Cette sous-représentation peut s'expliquer par le fait que les jeunes femmes en milieu rural quittent leur territoire d'origine plus souvent que les hommes, au moins de façon temporaire, notamment pour leurs études. Celles qui restent suivent des études moins longues que les jeunes femmes urbaines et visent davantage un diplôme de niveau bac+3. Sorties d'études, elles accèdent aussi souvent à l'emploi que les jeunes femmes urbaines, mais, compte tenu de diplômes moins élevés, occupent plus fréquemment des postes d'intérimaires, ont plus souvent des contrats à durée déterminée et des horaires de travail irréguliers. Elles trouvent cependant moins souvent un emploi à l'issue de leurs études que les hommes (59 % contre 64 %) ce qui n'est pas le cas en zone urbaine (61 % contre 59 %). Les jeunes femmes des territoires ruraux vivent plus souvent en couple, à âge identique, qu'en milieu urbain. Elles déclarent aussi souvent des dépenses pour leurs loisirs, mais davantage pour des activités sportives et deux fois moins pour voyager à l'étranger. Elles expriment moins souvent le sentiment de se priver par rapport aux loisirs que les jeunes femmes urbaines.

► Études, emploi, ressources : les jeunes ruraux sont-ils différents des jeunes urbains ?

PINEL L.
2020

Etudes Et Résultats (Drees). (1155).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/etudes-emploi-ressources-les-jeunes-ruraux-sont-ils-differents-des-jeunes-urbains>

Fin 2014, 1,2 million de jeunes de 18 à 24 ans vivent dans les territoires ruraux, soit un quart des jeunes adultes à ces âges, selon l'Enquête nationale sur les ressources des jeunes de la Drees et de l'Insee. Les jeunes quittent plus souvent les zones rurales pour le milieu urbain : 26 % de ceux dont les parents vivent en zone rurale habitent dans une zone urbaine, contre 2 % dans la situation inverse.

Primary Health care

► **La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?**

BRAS P. L.
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(64): 61-77.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-61.htm>

Les évaluations internationales des programmes de paiement à la performance en médecine ambulatoire notamment celles du plus ambitieux d'entre eux, le programme anglais, aboutissent à un bilan pour le moins mitigé qui suggère qu'il est vain d'en attendre de réels bénéfices cliniques pour les patients. La France a mis en œuvre un tel programme vers la fin des années 2000. Il n'a pas fait l'objet de réelles évaluations mais les limites même de son design (faiblesse du montant des incitations, spectre d'indicateur limité, absence d'indicateurs de résultats, limites structurelles aux efforts que pourraient consentir les généralistes concernés du fait d'un exercice isolé...) ne laissent pas espérer qu'il puisse générer des progrès significatifs en termes de qualité des soins. Pour autant, le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue en France auprès des pouvoirs publics qui s'explique moins par son efficacité clinique que par le bénéfice symbolique apporté à certains acteurs par la promotion de cet instrument.

► **Physician performance pay: Experimental evidence**

BROSIG-KOCH J., HENNING-SCHMIDT H., KAIRIES-SCHWARTZ N., *et al.*

2020

Working Paper ; 2020:03. Oslo University of Oslo.

http://d.repec.org/n?u=RePEc:hhs:oslohe:2020_003&r=hea

We analyze the causal effect of performance pay on physicians' medical service provision and the quality of care. To address this effect, which is difficult to study in the field we conducted an online experiment with primary care physicians randomly drawn from a representative resident physician sample in Germany. Linking individual physicians' behavioral data with administrative data enables us to identify how practice characteristics account for the heterogeneity in

individual physicians' responses to performance incentives, which field data do not allow in general. We find that performance pay reduces underprovision of medical care compared to lump-sum capitation. The effect increases with patients' severities of illness. Already small incentives are effective in enhancing the quality of care. Our results further indicate that physicians in high-profit practices and practicing in cities are most responsive to incentives.

► **Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle**

CROQUENNEC Y.

2020

Etudes et Résultats (Drees) (1159)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1159.pdf>

En 2019, 121 000 professionnels de la rééducation de niveau bac+3 ou plus (masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute et orthoptiste) exercent en France en 2019, quand ils n'étaient que 68 000 en 2000. Ces hausses d'effectifs sont portées par une forte augmentation du nombre annuel des diplômés, passé de 2 500 en 2007 à 4 400 en 2017, soit une croissance moyenne de près de 6 % par an entre ces deux périodes. Les diplômés sont issus de catégories sociales plus favorisées que la moyenne; deux sur trois sont des femmes. Malgré la hausse du nombre des nouveaux diplômés, leur insertion dans le marché du travail est très rapide : 93 % des diplômés en 2013 ont trouvé leur premier emploi en moins de trois mois. Le mode d'exercice diffère selon la profession exercée, cela dès le premier emploi : 78 % des masseurs-kinésithérapeutes et 85 % des pédicures-podologues diplômés en 2013 se sont installés en libéral dès l'obtention de leur diplôme. Pour leur part, 62 % des ergothérapeutes et 41 % des orthoptistes ont commencé leur carrière par un emploi temporaire (CDD ou intérim), tremplin vers une activité pérenne. Fin 2018, près de 2 600 demandeurs d'emploi de catégories A, B et C sont inscrits à Pôle emploi à la recherche d'un métier de la rééducation de niveau bac+3 ou plus. La part des demandeurs d'emploi (2,1 %) au sein des professions concernées demeure à un très faible niveau, malgré la forte augmentation des professionnels en activité.

► **La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formation**

JOURDAN J. R., VIOSSAT L. C., ZANTMAN F., *et al.*
2020

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article793>

Faisant suite à une série de mesures décidées depuis une vingtaine d'années, le rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGÉSR, élaboré à la demande des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, énonce 28 nouvelles propositions pragmatiques visant à raccourcir, à l'horizon de deux ou trois ans, les délais d'accès à la prescription de verres correcteurs et à moderniser les formations au niveau de la licence et du master, en cohérence avec l'évolution des métiers.

► **Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale**

MONZIOLS M., CHAPUT H., VERGER P., *et al.*
2020

Etudes et Résultats (Drees) (1160)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/apres-le-confinement-les-medecins-generalistes-ne-reviennent-que>

Au cours des mois de mai et juin 2020, les participants au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES ont été interrogés sur leur activité pendant la semaine du 11 mai 2020, au sortir du confinement lié à l'épidémie de Covid-19. Pendant cette semaine, le nombre de consultations par jour marque une reprise de l'activité, mais plus de la moitié des médecins généralistes déclarent encore une baisse du volume horaire hebdomadaire par rapport à une semaine ordinaire de travail. Cette baisse est cependant moindre que pendant le confinement, et estimée, en moyenne, entre 3 % et 7,5 % – contre 13 % et 24 % pendant la première quinzaine d'avril. Pour la grande majorité des médecins (9 sur 10), les consultations ayant pour motif le coronavirus représentent moins de 25 % de leur activité pendant cette période. Parallèlement, un certain rattrapage est observé pour les consultations liées à des maladies chroniques (pour suivi ou complications), alors que les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes qu'en temps normal. Encore près de la moitié des médecins estiment que les suivis pédiatriques sont moins fréquents qu'à l'habitude.

► **La médecine face aux normes**

REACH G., GRENIER C., FRAPPE P., *et al.*
2020

Sève : Les Tribunes de La Santé(64): 21-97.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2.htm>

Les articles proposés retracent certaines transformations de la pratique médicale et du fonctionnement du système de santé au gré des développements de l'evidence-based medicine, de la régulation du médicament, de l'émergence des contrats d'amélioration des performances individuelles (CAPI) et des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP). Ils permettent également de s'interroger sur le rôle de la Haute Autorité de santé et la portée de ses référentiels. Ils invitent enfin à une réflexion sur l'évolution de la médecine dans ce maelström normatif, à la lumière notamment de la crise du Covid-19.

Health systems

► Améliorer le système de santé français : les enseignements internationaux et les leviers de performance

AÉSIO
2020

Paris Aésio

<https://ensemble.aesio.fr/une-mutuelle-nouvelle/ambition-societale/eclairer-des-questions-de-sante-publique/performance-du>

Une étude réalisée par l'institut Sapiens pour le Groupe Aésio vise à « apporter un regard nouveau sur le système de santé, ses forces, mais aussi ses faiblesses et donc ses axes d'amélioration ». Des constats encore renforcés par la crise sanitaire. Le modèle français occupe seulement la 13ème place en termes de performance dans cette approche comparative entre 25 pays de l'OCDE. Si la France présente « de sérieux avantages » (faible reste à charge, accessibilité élevée du système de santé, ...), le retard et le sous-investissement dans la prévention la pénalise fortement.

► What Influences Improvement Processes In Healthcare? A Rapid Evidence Review

ALI G. C., ALTENHOFER M., GLOISON E. R., *et al.*
2020

Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA440-1.html

Although many health care organisations are engaging in activities to improve the quality of health care, there are still considerable challenges in doing so. RAND Europe was commissioned by The Healthcare Improvement Studies (THIS) Institute at the University of Cambridge to conduct a rapid review of literature exploring the influences on improvement processes in health care. The study identified a number of themes and issues relevant to future research in this space, including the key influences affecting the implementation of improvement processes in health care.

► Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

OR Z. ET MICHEL L.
2020

Etudes de cas. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/573-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-italie-reseaux-pluridisciplinaires-en-toscane.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Malgré le rôle essentiel des médecins spécialistes dans la prise en charge de ces patients, peu d'attention y a été portée. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Les deux études de cas présentées ici pour l'Italie décrivent l'organisation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels prenant en charge des patients atteints du pied diabétique et d'insuffisance cardiaque, dans la région de Toscane.

► Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies And Challenges

NOLTE E., MERKUR, S., EDWARDS N. ET *et al.*
2020

Cambridge : Cambridge University Press Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies

<https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/achieving-person-centred-health-systems-evidence-strategies-and-challenges-2020>

The idea of person-centred health systems is widely advocated in political and policy declarations to better address health system challenges. A person-centred approach is advocated on political, ethical and

instrumental grounds and believed to benefit service users, health professionals and the health system more broadly. However, there is continuing debate about the strategies that are available and effective to promote and implement 'person-centred' approaches. This book brings together the world's leading experts in the field to present the evidence base and analyse current challenges and issues. It examines 'person-centredness' from the different roles people take in health systems, as individual service users, care managers, taxpayers or active citizens. The evidence presented will not only provide invaluable policy advice to practitioners and policy-makers working on the design and implementation of person-centred health systems but will also be an excellent resource for academics and graduate students researching health systems in Europe.

► **Transformation du système de santé : La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible**

THINK TANK ECONOMIE SANTÉ

2020

Paris Think Tank Economie Santé

Dans cette étude, le think tank Économie santé des Échos souligne qu'il est illusoire d'espérer réformer le système de santé sans refondre son pilotage. Depuis trop longtemps, la France se contente de rustines. Ces remèdes sont Insuffisants pour aboutir à plus d'efficacité et de lisibilité.

Travail et santé

Occupational Health

► **Unemployment Disrupts Sleep**

BLANCHPOWER D. G. ET BRYSON A.

2020

NBER Working Paper Series ; 27814. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27814>

Although there is a substantial literature indicating that unemployment and joblessness have profound adverse impacts on individuals' health and wellbeing, there is relatively little evidence of their impact on sleep. Using data for over 3.5 million individuals in the United States over the period 2006-2019 from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey series we show sleep disruption patterns that vary by labor market status. We look at sleep measured by hours in a day and days in a month and whether sleep is disturbed over a fortnight, as indicated by problems falling or staying asleep or staying asleep too much. We find the short-term unemployed suffer more short and long sleep than the employed and are more likely to suffer from disturbed sleep. These problems are greater still for the long-term unemployed and for the jobless who say they are unable to work.

► **Who Goes On Disability When Times Are Tough? The Role Of Work Norms Among Immigrants**

FURTADO D., PAPPS K. L. ET THEODOROPOULOS N.

2020

GLO Discussion Paper ; 590.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:glodps:590&r=lab>

We examine how work norms affect Social Security Disability Insurance (SSDI) take-up rates in response to worsening economic conditions. By focusing on immigrants in the US, we can consider the influence of work norms in a person's home country, which we argue are exogenous to labor market prospects in the US. We find that the probability of receiving SSDI is more sensitive to economic downturns among immigrants from countries where people place less importance on work. We also provide evidence that this result is not driven by differential sensitivities to the business cycle or differences in SSDI eligibility.

► **Dismissal Protection And Long-Term Sickness Absence - First Evidence From Germany**

GURTZGEN N.

2020

IAB Discussion Paper ; 22/2020. Nuremberg Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:iab:iabdpa:202022&r=hea>

This paper analyses the causal effects of weaker dismissal protection on the incidence of long-term sickness (> six weeks). We exploit a German policy change, which shifted the threshold exempting small establishments from dismissal protection from five to ten workers. Using administrative data, we find a significantly negative reform effect on transitions into long-term sickness in the second year after a worker has entered an establishment. This response is due to a behavioural, rather than a compositional effect and is mainly driven by less skilled workers. Our results further indicate that the reform did not alter the probability of involuntary unemployment after sickness.

► **Designing Disability Insurance Reforms: Tightening Eligibility Rules or Reducing Benefits**

HALLER A., STAUBLI S. ET ZWEIMULLER J.

2020

NBER Working Paper Series ; n° 27602. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w27602>

We study the welfare effects of disability insurance (DI) and derive social-optimality conditions for the two main DI policy parameters: (i) DI eligibility rules and (ii) DI benefits. Causal evidence from two DI reforms in Austria generate fiscal multipliers (total over mechanical cost reductions) of 2.0-2.5 for stricter DI eligibility rules and of 1.3-1.4 for lower DI benefits. Stricter DI eligibility rules generate lower income losses (earnings + transfers), particularly at the lower end of the income distribution. Our analysis suggests that the welfare cost of rolling back the Austrian DI program is lower through tightening eligibility rules than through lowering benefits. Applying our framework to the US DI system suggests that both loosening eligibility rules, and increasing benefits, would be welfare increasing.

► **Le maintien dans l'emploi des patients atteints de sclérose en plaques**

HOFFMANN J.

2016

Nancy Université de Lorraine, Faculté de Médecine. Université de Nancy. Ecole de Santé Publique. (E.S.P.). Vandœuvre lès Nancy. FRA. Thèse : Doctorat en médecine.

Cette thèse a pour objectif de décrire les caractéristiques socioprofessionnelles des patients atteints de sclérose en plaques (SEP) et les actions de maintien dans l'emploi menées au cours de leur carrière. L'analyse a été réalisée à partir d'une étude épidémiologique descriptive. 41 patients hospitalisés dans l'unité d'Hôpital de Jour du service de Neurologie du CHRU de Nancy ont été inclus entre mai et août 2016. Ces patients ont répondu à un auto-questionnaire portant sur leurs caractéristiques socioprofessionnelles et sur leur maladie. Le taux d'emploi observé était de 48,8 %, majoritairement sur des emplois à temps plein, pour une durée médiane d'évolution de la maladie de 10 ans. Cette publication confirme l'association statistique entre la perte d'emploi et le faible niveau d'étude et les emplois physiques. En ce qui concerne les mesures de maintien dans l'emploi, est observé un taux élevé de patients Reconnus en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et un taux de 30 % d'aménagements de poste, reclassement ou reconversion professionnelle. 67 % des patients ayant bénéficié d'un aménagement de leur poste sont employés. 69 % des patients interrogés ont informé le médecin du travail du diagnostic de SEP. L'étude souligne également le rôle majeur du médecin du travail dans la mise en place d'aménagements de poste étant donné que 92 % des patients dont le poste a été aménagé ont fait part de leur maladie au médecin du travail. L'identification précoce des patients souffrant de SEP à risque de désinsertion professionnelle est la clé de voûte des actions de maintien dans l'emploi efficaces. Ainsi, un entretien entre le salarié et le médecin du travail rapidement après l'annonce du diagnostic, un rapprochement entre le médecin du travail et le neurologue et une information précoce des patients sur les outils concourant au maintien dans l'emploi sont autant de pistes à explorer pour favoriser le maintien dans l'emploi des patients atteints de SEP.

► **Quel lien entre les conditions de travail et le présentéisme des salariés en cas de maladie ?**

INAN C.
2020

Dares Analyses(024).

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/lien-conditions-travail-et-presenteisme-salaries-maladie>

En 2016, les salariés signalent en moyenne onze jours de maladie qui ont donné lieu à huit jours d'absence au travail. Les trois jours restants, les salariés déclarent être allés travailler en étant malades. Ainsi, plus d'un jour de maladie sur quatre (27 %) s'est traduit par du présentéisme, une pratique qui consiste à aller travailler tout en étant malade. La propension au présentéisme, c'est-à-dire la proportion de jours de maladie passés au travail, varie d'abord en fonction de l'état de santé des salariés : plus le nombre annuel de jours de maladie est élevé, plus la part des jours de présentéisme dans l'entreprise est faible. La propension des salariés au présentéisme dépend également des conditions de travail dans l'entreprise : les salariés qui signalent de mauvaises relations avec leur hiérarchie, un travail intense ou un sentiment d'insécurité économique ont tendance à passer au travail une part plus importante de leurs jours de maladie.

► **A Structural Analysis Of Mental Health And Labor Market Trajectories**

JOLIVET G. ET POSTEL VINAYA, F.
2020

Discussion Paper ; 20 / 726. Bristol University of Bristol.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bri:uobdis:20/726&r=hea>

We analyze the joint life-cycle dynamics of labor market and mental health outcomes. We allow for two-way interactions between work and mental health. We model selection into jobs on a labor market with search frictions, accounting for the level of exposure to stress in each job using data on occupational health contents. We estimate our model on British data from Understanding Society combined with information from O*NET. We estimate the impact of job characteristics on health dynamics and of the effects of health and job stress contents on career choices. We use our model to quantify the effects of job loss or health shocks that propagate over the life cycle through both health

and work channels. We also estimate the (large) values workers attach to health, employment or non-stressful jobs. Lastly, we investigate the consequences on health, employment and inequality of trend changes in the distribution of job health contents

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

MARIE O. ET VALL-CASTELLO J.
2020

IZA Discussion Paper Series ; 13379. Bonn IZA.

<http://ftp.iza.org/dp13379.pdf>

We investigate the impact on work absence of a massive reduction in paid sick leave benefits. We exploit a policy change that only affected public sector workers in Spain and compare changes in the number and length of spells they take relative to unaffected private sector workers. Our results highlight a large drop in frequency mostly offset by increases in average duration. Overall, the policy did reduce number of days lost to sick leave. For some, however, return to work may have been premature as we document huge increases in both the proportion of relapses and working accidents rates

► **Is The Rise In Illicit Opioids Affecting Labor Supply And Disability Claiming Rates?**

PARK S. ET POWELL D.
2020

NBER Working Paper Series ; 27804. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w27804>

There is considerable interest in understanding the broader effects of the opioid crisis on labor supply and social insurance programs in the United States. This paper examines how the recent transition of the opioid crisis from prescription opioids to more prevalent misuse of illicit opioids, such as heroin and fentanyl, altered labor supply behavior and disability insurance claiming rates. We exploit differential geographic exposure to the reformulation of OxyContin, the largest reduction in access to abusable prescription opioids to date, to study the effects of substitution to illicit markets. We observe meaningful reductions in labor supply measured in terms of employment-to-population ratios, hours worked, and earnings. We also find significant increases in disability applications and

beneficiaries. These labor supply and disability insurance shifts begin immediately after reformulation and are uniquely associated with pre-reformulation

rates of OxyContin misuse, not rates of broader pain reliever misuse.

Vieillessement

Aging

► Health And Aging Before And After Retirement

ABELIANSKY A. ET STRULIK H.

2020

Cege Discussion Papers ; 397. Göttingen University of Göttingen.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:cegedp:397&r=lab>

In this paper, we investigate health and aging before and after retirement for specific occupational groups. We use five waves of the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE) dataset and construct a frailty index for elderly men and women from 10 European countries. We classify occupation by low vs. high education, blue vs. white collar color, and by high vs. low physical or psychosocial job burden. Controlling for individual fixed effects, we find that, regardless of the used classification, workers from the first (low status) group display more health deficits at any age and accumulate health deficits faster than workers from the second (high status) group. We instrument retirement by statutory retirement ages («normal» and «early») and find that the health of workers in low status occupations benefits greatly from retirement, whereas retirement effects for workers in high status occupations are small and frequently insignificant. We also find that workers from low status occupations accumulate health deficits faster after retirement, i.e. we find evidence for an occupational health gradient that widens with increasing age, before and after retirement.

► Développer la coordination de proximité pour les situations complexes : Retour d'expériences des territoires Paerpa

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2020

Paris Anap

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2746>

Cette publication analyse les modalités de mise en œuvre des coordinations cliniques de proximité déployées dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ainsi que les modalités d'appropriation des différents acteurs qui y participent.

► Conditions Of Existence And Subjective Perceptions Of Retirement: Quantitative Evidence From France

APOUEY B. H.

2020

Paris LSE.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-02908456&r=age>

This article explores subjective perceptions of retirement in France, using original quantitative data on the customers of a not-for-profit insurance company. The sample contains individuals aged 4084, who are either in the labour force (N=923) or retired (N=705). Perceptions of retirement are measured using closed questions on views of the retirement transition (these views can be positive, negative, or neutral) and definitions of retirement (retirement can be interpreted as a period of freedom, boredom, greater risk of precariousness, etc.). Using a number of different social indicators, we examine whether differences in social conditions translate into heterogeneous perceptions. We also investigate whether social differences in perceptions fade away with increasing age. Both work-

ing-age individuals and retirees generally have a positive view of the retirement transition and often define retirement as a period of freedom. Perceptions of retirement are shaped by social conditions: a higher level of education and income, greater wealth, better health, and stronger social involvement go hand in hand with rosier perceptions. Moreover, we uncover a strengthening of this social gradient with increasing age. Finally, perceptions are positively correlated with satisfaction in various domains, for retirees.

► **Lifetime Events And The Well-Being Of Older People**

ARNSTEIN A., LUPPI F., PRONZATO C., *et al.*
2020

Est Working Paper Serie : 01/20. Turin Universita deglo Studi di Torino.

<https://ideas.repec.org/p/uto/dipeco/202001.html>

This paper investigates the relationships between physical health, work, family history and mental well-being of people aged 50+ years and tests whether their children's education, family formation and work circumstances also affect their level of depression. We use data for 10 European countries from six waves of the Survey of Health Ageing Retirement in Europe, from which we can observe current circumstances, past events and changes of conditions over time for older parents and their adult children. We find strong beneficial effects of being retired and detrimental effects of bad health conditions. A problematic family of origin, as well as grief over the death of spouses or children, persists over the entire life. Regarding non-coresident adult children, we observe that having children in better working and family conditions beneficially affects parental mental well-being. Geographical variability allows testing of whether the effects vary across different cultural contexts and institutions. Important context heterogeneities emerge: unemployment is more burdensome in countries with more difficult labour market conditions, sickness is less heavy in countries with better healthcare systems and divorce is less bearable in countries characterized by more traditional family values.

► **Aider un proche âgé à domicile - Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages**

BANENS M., CAMPEON A., CARADEC V., *et al.*
2020

Dossiers De La Drees (Les)(64).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/aider-un-proche-age-a-domicile-resultats-des-post-enquetes-qualitatives-care>

Ce dossier présente les résultats des post-enquêtes qualitatives de l'enquête CARE-Ménages, qui a interrogé en 2015 des seniors et leurs aidants sur des thématiques diverses comme leur état de santé, les aides dont ils bénéficient au quotidien, le financement d'une dépendance éventuelle ou la répartition des efforts entre proches et professionnels. Les post-enquêtes avaient pour but de détailler des configurations d'aide en réinterrogeant des personnes ayant répondu à l'enquête quantitative et, selon les cas, de comprendre les formes d'investissement dans l'aide ou d'articulation entre l'aide et les autres activités des aidants.

► **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2018**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE
2020

Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/rapport_cfppa_2018_0.zip

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie a pour objectif de coordonner les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. La troisième édition de la synthèse nationale de l'activité de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) confirme la pleine opérationnalité de cette instance, la stabilisation de sa gouvernance et l'amélioration de son fonctionnement. Pour la première fois, en annexe de la synthèse, quatre monographies viennent approfondir des thématiques particulières : les aides techniques, la prévention en résidence autonomie, l'inclusion numérique et le maintien du lien social.

► **Impact de la crise sanitaire sur les réserves des caisses de retraite**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2020

In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.]. Paris : CCSS: 118-121.

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

Certaines caisses de retraite disposent de réserves financières permettant de garantir sur longue période le paiement des pensions. La crise sanitaire et ses conséquences économiques ont eu un impact limité sur le montant de ces réserves, malgré, dans certains régimes de travailleurs indépendants, une utilisation dérogatoire des réserves pour financer des mesures exceptionnelles de soutien aux cotisants.

► **Self-Selection In Physical And Mental Health Among Older Intra-European Migrants**

CONSTANT A. F. ET MILEWSKI F.
2020

Working paper series : 2020-037. Maastricht UNU-MERIT.

<https://www.merit.unu.edu/publications/wppdf/2020/wp2020-037.pdf>

The Healthy Immigrant Paradox found in the literature by comparing the health of immigrants to that of natives in the host country, may suffer from serious cultural biases. Our study evades such biases by utilizing a destination-origin framework, in which we compare the health of emigrants to that of their compatriots who stay in the country of origin. Isolating cultural effects can best gauge self-selection and host country effects on the health of emigrants with longer time abroad. We study both the physical and mental dimensions of health among European-born emigrants over 50, who originate from seven European countries and now live elsewhere in Europe. We use the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe and apply multi-level modeling. Regarding the physical health we find positive self-selection, beneficial adaptation effects, and effects from other observables for some but not all countries. With the notable exception of the German émigrés, we cannot confirm selection in mental health, while additional years abroad have only weak effects. Overall, living abroad has some favorable

effects on the health of older emigrants. The economic similarity of countries and the free intra-European mobility mitigate the need for initial self-selection in health and facilitate the migration experience abroad.

► **Building «Implicit Partnerships»? Financial Long-Term Care Entitlements In Europe**

COSTA-FONT J. ET ZIGANTE V.
2020

Policy Sciences.

<https://doi.org/10.1007/s11077-020-09403-1>

The design of public subsidies for long-term care (LTC) programmes to support frail, elderly individuals in Europe is subject to both tight budget constraints and increasing demand pressures for care. However, what helps overcoming the constraints that modify LTC entitlements? We provide a unifying explanation of the conditions that facilitate the modification of public financial entitlements to LTC. We build on the concept of 'implicit partnerships', an implicit (or 'silent') agreement, encompassing the financial co-participation of both public funders, and families either by both allocating time and/or financial resources to caregiving. Next, we provide suggestive evidence of policy reforms modifying public entitlements in seven European countries which can be classified as either 'implicit user partnerships' or 'implicit caregiver partnerships'. Finally, we show that taxpayers attitudes mirror the specific type of implicit partnership each country has adopted. Hence, we conclude that the modification of long-term care entitlements require the formation of some type of 'implicit partnership'.

► **Utilisation Of Personal Care Services In Scotland: The Influence Of Unpaid Carers**

LEMMON E.
2020

Journal of Long-Term Care: 54-69.

Context: Unpaid carers may have an influence on the formal care utilisation of the cared for. Whether this influence is positive or negative will have important implications for the costs of formal care provision. Scotland, where personal care services are free to all individuals aged 65+, provides an interesting context in which to study this relationship. Moreover, the Scottish government is unique in its collection of

administrative data on all social care clients. Objective: To investigate how the presence of an unpaid carer influences personal care use by those aged 65+ in Scotland. Methods: Two-part models (2PMs) are estimated using Scotland's Social Care Survey (SCS) for the years 2014–2016. An instrumental variable (IV) approach is also implemented to deal with endogeneity concerns. Findings: The results suggest that unpaid care complements personal care services. In particular, the presence of an unpaid carer is associated with an increase in weekly personal care hours by 1 hour and 14 minutes per week, on average, other things being equal. Limitations: Concerns are noted surrounding the generalisability of results and lack of information available on client need and unpaid carers, arising from the very nature of conducting research using administrative data. Nevertheless, the findings are robust to a variety of sensitivity checks. Implications: Complementarity between unpaid and paid care may imply that unpaid carers are encouraging service use or demanding services on behalf of the cared for. Thus, policy interventions aimed at incentivising unpaid care could in fact lead to increased personal care costs to local authorities. Having said that, the complementary relationship might suggest that unpaid carers are being supported in their role and this might reduce pressure on formal care services longer term.

► **Does Public Long-Term Care Expenditure Improve Care-Related Quality Of Life In England?**

LONGO F., CLAXTON K. ET LOMAS J.
2020

CHE Research Paper Series ; 172. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP172_public_long_term_care_expenditure_QoL.pdf

Public long-term care (LTC) systems are common across Organisation for Economic Co-operation and Development countries and they provide services to support people experiencing difficulties with their activities of daily living. This study investigates the marginal effect of changes in public LTC expenditure on care-related quality of life (CRQoL) in England. The public LTC programme for people aged 18 or older in England is called Adult Social Care (ASC) and it is provided and managed by local authorities. We collect data on outcomes and characteristics of public ASC users, and on public ASC expenditure and characteris-

tics of local authorities across England in 2017/18. We employ an instrumental variable approach using conditionally exogenous elements of the public funding system to estimate the effect of public ASC expenditure on users' CRQoL. Our findings show that increasing public ASC expenditure by £1,000 per user generates 0.0031 additional CRQoL. These results suggest that public ASC is effective in increasing users' quality of life but only to a relatively small extent. Combined with other findings on the effect of LTC expenditure on mortality, this study can inform policy makers in the UK and around the world about whether social care provides good value for money.

► **Does Later Retirement Change Your Healthcare Consumption ? Evidence From France**

PERDRIX E.
2020

Paris PSE.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-02904339&r=age>

This paper examines the causal impact of later retirement on doctor visits among the French elderly. This question is of interest since spillover effects may arise if later retirement increases healthcare expenditure. I exploit the 1993 French pension reform in a two-stage least square to deal with the endogeneity of retirement. This reform leads to a progressive increase in claiming age, cohort by cohort from 1934 to 1943. I use a two-part model to disentangle between extensive and intensive margin. I use the administrative data HYGIE to observe both healthcare consumption between 2005 and 2015 and past careers. I find that an increase in retirement by four months decreases significantly the probability to have at least one doctor visit per year by 0.815 percentage point and decreases the number of doctor visits by 1.14% between ages 67 and 75. This effect is driven by the consumption of generalist doctor visits, and tends to be stronger for the first ages of consumption observed.

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

SAFON M. O. ET SUHARD V.
2020

Paris : Irdes

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

Les aspects principalement documentés sont : • La description des politiques d'aide à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en comparaison internationale. Quand intervient l'institutionnalisation ? Peut-on identifier des modèles nationaux ? • Quels sont les poids des déterminants culturels et institutionnels, notamment le rôle de la famille et les capacités de prise en charge par les aidants dans la construction des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? • Comment améliorer le système d'information statistique français à partir des expériences étrangères ?

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

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2020

Paris : Irdes

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

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

► **Health Status And Repeated Multiple Treatments In Long-Term Care: A Panel Structural Var Analysis**

SUGAWARA S. ET ISHIHARA T.

2020

https://privpapers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3589992&dgcid=ejournal_html_email_demand:supply:in:health:economics:ejournal_abstractlink

This study analyzes the dynamic relationship between health status and expenditures on repeated multiple treatments, which are typical in long-term care. To facilitate causal inferences where complex dynamic interdependencies exist between many variables, we adopt a structural vector autoregression model for panel data of individuals. The model is estimated using a Bayesian shrinkage method which can simultaneously employ estimation and model selection for the lag length. Then, we employ a counterfactual analysis using impulse response functions. We analyze monthly claims data in the context of long-term care in Japan, where social insurance covers many formal services for elderly care at home. Our empirical analysis reveals several patterns of dependency between service utilization and their effects. In particular, we found that day care and outpatient rehabilitation share similar utilization patterns and also result in similar levels of improvement in health status, which implies that appropriate targeting can improve the effectiveness of service provision.

Index des auteurs Author index

A

Aballea P.....	18
Abaluck J.....	11
Abeliansky A.	48
Aésio.....	44
Agence du Numérique en Santé	18
Agence Nationale d'Appui à la Performance....	48
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation	25
Ali G. C.	44
Allain S.....	21
Alpert A. E.....	31
Altenhofer M.....	44
Apouey B. H.	48
Aquille M.....	33
Arnstein A.	49
Association des Petites Villes de France.....	22

B

Baird A.....	40
Bakkine A.	19
Banens M.....	49
Baradji E.	23
Bariol-Mathais B. D.....	22
Baudet-Michel S.	25
Bell A.....	40
Berger E.	26
Bernadi V.....	23
Biro A.....	20
Bivand R. S.	32
Blanchpower D. G.	45
Boisguerin B.....	25
Bonnet E.	36
Bouyer J.....	33
Bras P. L.....	42
Brilli Y.	37
Brindeau P.....	37
Brosig-Koch J.	42
Bryson A.....	45

C

Cabannes P. Y.	36
Caceres Bravo M. M.....	11
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	49
Campeon A.	49
Caradec V.....	49
Carrasco V.	38
Centre de Recherche Innocenti.....	20
Chandra A.	15
Chaput H.	40 , 43
Chaumel D.....	11
Chevillard G.....	22
Chignot V.....	35
Claxton K.....	51
Cnam.....	19
Coile C.	15
Coldefy M.....	39 , 40
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale	15 , 23 , 25 , 31 , 50
Conseil d'Etat	34
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion.....	28
Constant A. F.....	50
Conti B.....	25
Cordier S.....	33
Costa-Font J.....	50
Cour des Comptes.....	11 , 26 , 35
Courtejoie N.....	26
Cronin C. J.....	39
Croquennec Y.....	42
Cuddy E.	33
Currie J.....	33
Cutler D. M.....	15

D

Delaporte A.	25
Desforges C.	13
Dixte C.....	26
Dubost C. L.	21 , 26 , 33
Dumontet M.	22

Dykstra S. E. 31

E

Edwards N. 44
Elbaum M. 33
Elek P. 20

F

Fédération Nationale de la Mutualité Française 29
Filatriau O. 23
Flood C. M. 13
Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire ... 11
Forsstrom M. P. 39
France Stratégie. 29
Frappe P. 43
Fuchs V. R. 16
Furtado D. 45

G

Gandre C. 39 , 40
Gateaud G. 25
Geruso M. 12
Ghosh K. 15
Gloison E. R. 44
Gomez-Rubio V. 32
Gonzalez L. 16
Gough B. 21
Gratieux L. 11 , 13
Grenier C. 43
Guignon N. 38
Guilyardi C. 14
Gurtzgen N. 46

H

Hachez I. 24
Halg F. 16
Haller A. 46
Halley Des Fontaines V. 29
Hall M. A. 29
Haut Conseil de la Santé Publique 38
Haut Conseil des Finances Publiques 17
Haut Conseil du Financement de la
Protection Sociale 16

Haute Autorité de Santé 35 , 37
Heam J. C. 16
Hemon D. 33
Henning-Schmidt H. 42
Hetzl P. 37
Hoffmann A. 29
Hoffmann J. 46
Ho K. 12
Howard D. H. 27
Hull P. 11

I

Inan C. 47
Inserm 21
Inspection Générale des Affaires Sociales.. 24 , 31
Isaac-Sibille C. 19
Ishihara T. 52

J

Jacobson M. 31
Jolivet G. 47
Jourdan J. R. 43
Jusot F. 30

K

Kairies-Schwartz N. 42
Kaplan G. 12
Kerouedan D. 29
Klossek S. 14
Kuperminc J. 30

L

Laffeter Q. 26
Laforgerie F. 30
Layton T. 12
Leduc A. 33
Lee R. S. 12
Le Gallo M. 30
Lemmon E. 50
Le Neindre, C. 25
Lhommeau B. 23
Lidsky V. 11
Lomas J. 51

Longo F.....	51
Lucas-Gabrielli V.....	22
Lucifora C.....	37
Luppi F.....	49

M

Maisonneuve H.....	34
Marie O.....	47
McCarthy I.....	27
Messer K.....	15
Mia J.....	13
Michel L.....	44
Mignon D.....	30
Mikou M.....	16
Milewski F.....	50
Minault B.....	33
Ministère chargé de la Santé.....	17 , 27
Missegue N.....	22
Moll B.....	12
Mommaerts C.....	15
Monziols M.....	40 , 43

N

Naylor C.....	40
Nolte E.....	44
Novikova I.....	21

O

OMS Europe.....	17
Or Z.....	13 , 44

P

Papageorge N. W.....	39
Papps K. L.....	45
Park S.....	47
Paulus A. T. G.....	14
Perdrix E.....	51
Pierre A.....	13
Pinel L.....	41
Pisani-Ferry J.....	38
Postel Vinaya, F.....	47
Potrafke N.....	16
Powell D.....	47

Pronzato C.....	49
Proshin A.....	27

R

Raynaud D.....	18
Reach G.....	43
Rebesma E.....	32
Richet-Mastain L.....	36
Ricroch L.....	28
Robertson C.....	13
Robineau F. M.....	18
Rochaix L.....	27
Rohit Dass A.....	27
Russo A.....	37

S

Safon M. O.....	21 , 28 , 34 , 51 , 52
Seimandi T.....	28
Shapira I.....	13
Simon K.....	13
Simon P.....	14
Staubli S.....	46
Strulik H.....	48
Sturm J. E.....	16
Sugawara S.....	52
Suhard V.....	21 , 34 , 51 , 52

T

Theodoropoulos N.....	45
Think Tank Economie Santé.....	45
Think tank Numérique DM et Santé.....	20
Toko S.....	19
Toussaint B.....	32

U

Unocam.....	14
-------------	----

V

Vall-Castello J.....	47
Van Der Aa M. J.....	14
Vanlerenberghe J.M.....	18

Verger P.....	40 , 43
Vilain A.....	21
Violante G. L.....	12
Viossat L. C.....	18 , 43
Vrielink J.....	24

W

Wallace J.....	12
----------------	----

Y

Yun A.	13
-------------	----

Z

Zantman F.....	43
Zhang W.....	13
Zigante V.....	50
Zweimuller J.	46