

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Décembre 2024 / December 2024

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé	<i>E-Health</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision-Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaire	<i>Primary Healthcare</i>
Systèmes de santé	<i>Healthcare systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillissement	<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

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

ISSN : 2556-2827

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 13 Health Insurance and Part-Time Employment: The Influence of the Affordable Care Act**
Abraham K-G. et Farber H-S
- 13 Avis du Comité d'alerte n° 2024-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**
Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie
- 13 The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization and Health: Evidence From Medicaid Expansion in Wisconsin**
Farzana S. et Owen A.
- 14 Rapport Charges et Produits MSA 2025**
Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole
- 14 Behavioral Health: Information on Cost-Sharing in Medicare and Medicare Advantage**
Gordon L.V.
- 14 The Impact of Children's Access to Public Health Insurance on Their Cognitive Development and Behavior**
Hull M. et Yan J.
- 14 The Hidden Dimension of Medicaid Expansion: Impact on Labor Market Outcomes and Job Search Activity**
Piyush A.
- 15 L'assurance maladie aux Pays-Bas**
Sénat
- 15 The Hidden Subsidy of the Affordable Care Act**
Sigaud L., Bjoerkheim M. et Melo V.

Démographie

Demography

- 15 A Novel Approach to the Epidemiology of People Living with Spinal Cord Injuries in France Based on an Original Algorithm From Public Health Insurance Data**
Duchaine F., Espagnacq M., Bensmail D., et al.
- 15 Panorama de la société 2024. Les indicateurs sociaux de l'OCDE.**
OCDE

E-santé

E-Health

- 16 Intelligence artificielle et santé mentale – Définir les frontières entre innovation, science et éthique**
Adda A., Bressot A. et Post G.
- 16 The Digital Transformation of Health Services After the Covid-19 Pandemic: An Evaluation of Telemedicine Policies in the United States**
Caferra R., Liddo G. D. et Morone A.
- 16 Online Versus In-Person Services: Effects on Patients and Providers**
Dahlstrand A., Le nestour N. et Michaels G.
- 16 Equity and Efficiency in Technology Adoption: Evidence From Digital Health**
Fadlon I., Agnihotri P. et Longhurst C.

Économie de la santé

Health Economics

- 17 The Impact of a Lifestyle Behaviour Change Program on Healthcare Costs: Quasi-Experimental Real-World Evidence From an Open-Access Mhealth App in the Netherlands**
Agachi E., Mierau J-O. et Itzesum K-V.
- 17 Revue de dépenses : les dispositifs médicaux**
Auvigne F. et Kerhuel B.

- 18 What Are the Costs of Dementia in Europe?**
Bassoli E., Brugivini A. et Carrino L.
- 18 Rapport d'information sur les complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français**
Carrère-Gée M.-C. et Lacovelli X.
- 18 La crise sanitaire continue à se répercuter en 2022 sur les dépenses relatives aux soins de santé internationaux**
Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
- 18 Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la gestion de la dette sociale**
Clouet H. et Rist S.
- 19 Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025**
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 19 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Financement. Edition 2024.**
Direction de la sécurité Sociale
- 19 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Accidents du travail-maladie professionnelle. Edition 2024.**
Direction de la sécurité Sociale
- 19 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Maladie. Edition 2024**
Direction de la sécurité Sociale
- 19 Revue de dépenses Affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable**
Dugos P. et Prady P.
- 20 Moral Hazard on the ACA Exchanges: Evidence From a Cost-Sharing Subsidy Discontinuity**
Ellis C.-M. et Esson M.
- 20 Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?**
Imbert C., Henno O. et Jomier B.
- 20 La lutte contre la fraude sociale : Rapport 2024**
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale
- 20 Selection of Movers on Observable Characteristics and the Effect of Place on Health and Healthcare Spending**
Kaestner R., Gallagher R. et Schiman C.
- 21 Étude comparative des dépenses et du financement de la protection sociale en France et en Allemagne**
Ladaïque M., Adema W. et Bargu A.
- 21 Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005**
Lastier D. et Debeugny G.
- 21 Financing Healthcare with Earmarked Taxes**
Mackinnon J., Mintz J. et Khanal M.
- 22 De l'inflation normative à l'effervescence réglementaire : Peut-on parler d'hyper-réglementation dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire**
Pariente-Mercier I., Aubert E. et Champion H.
- 22 Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède**
Pichetti S., D'Esteve De Pradel A. et Espagnacq M.
- 22 The Economic Burden of Hip Fractures in the Geriatric Population By Mental Health Illness and Substance Use Status: National Estimates 2016 to 2020**
Sarode A., Su E. et Drost J.
- 23 Note sur la financiarisation du système de santé**
Sénat
- 23 Macroeconomic Factors Affecting Out-Of-Pocket Payments For Health: Evidence From Panel Data Analysis of SAARC Countries**
Subedi K.
- 23 Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans la fonction publique et les opérateurs**
Triolle A. et Lefevre N.

Environnement et santé Environmental Health

- 24 Sensibilité à l'environnement, action publique et fiscalité environnementale. L'opinion des Français en 2024**
Blake H.

- 24 Coûts et co-bénéfices des politiques de transition climatique : comment seront-ils retracés par les indicateurs de niveau de vie et de bien-être ?**
Blanchet D. et Pesme P.
- 25 Supporting the Era of Green Pharmaceuticals in the UK**
Firth I., Hitch J. et Henderson N.
- 25 Santé publique en transition**
Harpet C., Baures E. et Perreti-Ndiaye M.
2022
- 25 Impact macroéconomique des dommages climatiques en France**
Jacquetin F. et Callonnet G.
- 25 Aging in the Air: The Impact of Carbon Emissions on Health-Related Quality of Life**
Luong T. A. et Nguyen M. h.
- 26 Rapport mondial sur la protection sociale 2024-2026 : Une protection sociale universelle pour l'action climatique et une transition juste**
Organisation Mondiale du Travail

État de santé Health Status

- 26 A Focus on Adolescent Social Media Use and Gaming in Europe, Central Asia and Canada**
Boniel-Nissim M., Marino C. et Galeotti T.
- 26 Parental Health, Adolescents' Mental Distress and Non-Cognitive Skills**
Davillas A., Oliveira D. V. et Raftopoulou A.
- 27 Grandes causes de mortalité en France en 2022 et tendances récentes**
Fouillet A., Cadillac M. et Rivera C.
- 27 Evidence on the Robustness of the Links Between Social Relationships and Mortality**
Freak-Poli R., Jenkins S. P. et Shields M. A.
- 27 Panorama des cancers en France - édition 2024**
Institut National du cancer
- 28 Do Behavioral Characteristics Influence the Breast Cancer Diagnosis Delay? Evidence From French Retrospective Data**
Le Clainche C., Marsaudon A. et Rochaix L.

- 28 Epidémiologie des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie en France hexagonale, 2022-2023**
Réseau Sentinel
- 28 Évolution de la corpulence déclarée dans les baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017**
Salanave B., Verdot C. et Escalon H.
- 28 Heterogeneity in Peer Effects of Obesity**
Strombotne K., Day S. et Konty K.

Géographie de la santé Geography of Health

- 29 Equal Access to Primary Care: A Reference For Spatial Allocation**
Haering A., Kaeding M. et Werbeck A.
- 29 Identifying the Costs of Misallocation in Emergency Response: A Diff-In-Diff Analysis in the Italian Region Liguria**
Lucchese E.
- 29 Où s'installent les médecins libéraux en Île-de-France. Quels enseignements pour le zonage médecins ?**
Mangeney C.
- 29 Les coordinations des démarches territoriales de santé : Contrats locaux de santé, Ateliers santé ville et Conseils locaux de santé mentale**
Nezet M., Morra M., Lazzari M., et al.

Handicap Disability

- 30 L'état de santé des personnes en situation de handicap. Zoom sur les bénéficiaires de l'AAH**
Le Retif S., Lévéque-Morlais N. et Yon A.
2023

Hôpital Hospital

- 30 Analyse de l'activité hospitalière 2023 - Psychiatrie**
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

- 31 A Compartmental Model to Describe Acute Medical In-Patient Flow Through a Hospital**
Alkarkhi T. et Byatt K.
- 31 Promoting Collaborative Care: Relative Performance-Based Payment Models For Hospitals and Post-Acute Care Providers**
Arifoglu K., Ren H. et Tezcan T.
- 31 Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) statutaires - situation au 1er janvier 2024**
Centre National de Gestion
- 32 Does the Abolition of Direct Payments For Consultations Reduce Emergency Room Visits? Evidence From a French Natural Experiment**
Dottin A.
- 32 Disorderly Queues: How Does Unexpected Demand Affect Queue Prioritisation in Emergency Care?**
Francetic I., Meacock R. et Siciliani L.
- 32 Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les dispositifs médicaux**
Haute Autorité de Santé
- 33 Guide sur la réorientation des patients à l'entrée des urgences : Orienter chaque patient dans la bonne filière de soins**
Ministère chargé de la Santé
- 35 Rapport d'information sur les femmes sans abri**
Evren A., Phinera-horth A.-L. et Richard O.
- 35 Poverty and Health**
Lleras-muney A., Schwandt H. et Wherry L.
- 35 Patients Like Any Others? Providing Coverage to Undocumented Migrants in France: Effects on Access to Care and Usual Source of Care**
Marsaudon A., Jusot F., Wittwer J., et al.
- 35 Education and Mental Health: Causal Effects and Intra-Family Spillovers**
Özer M. et Fidrmuc J.
- 36 Adult Health and Inequality of Opportunity in Spain**
Perez-Mesa D. et Marrero A. S.
- 36 Health Inequality and Economic Disparities By Race, Ethnicity, and Gender**
Russo N., McGee R. et De Nardi M.

Médicaments Pharmaceuticals

- 37 Supply-Side Drug Policy, Polydrug Use, and the Economic Effects of Withdrawal Symptoms**
Ahammer A. et Packham A.
- 37 The Impact of Permanent Versus Temporary Price Changes on Demand For Healthcare**
Firozzi-Naeim P. et Yu S.

Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

- 33 Health Inequality and Economic Disparities By Race, Ethnicity, and Gender**
Abram R., Borella M. et De Nardi M.
- 33 Inequity in Child Mental Healthcare Use**
Black N. et Johnston D. W.
- 34 Health Inequality and Health Types**
Borella M., Bullano F. A. et De Nardi M.
- 34 Lutter contre la pauvreté : un investissement social payant**
Collectif Alerte
- 34 Patient Choice and Socioeconomic Disparities in the Quality of Healthcare: Evidence From Swedish Registry Data**
Ellegard L.-M., Kjellsson G. et Kovacs R.
- 38 Codefinder: Optimising Stata For the Analysis of Large, Routinely Collected Healthcare Datasets. : 2024 UK Stata Conference**
Batty J.
- 38 Guide d'utilisation du système national des données de santé pour la surveillance et l'observation épidémiologiques**
Bonnet N., Cahour L. et Chesneau J.

- 38 Biomarkers in SHARE: Documentation of Implementation, Collection, and Analysis of Dried Blood Spot (DBS) Samples 2015 – 2023**
Borsch-Supan M., Andersen-Ranberg K. et Borbye-Lorensen N.
- 39 Difference-In-Differences For Health Policy and Practice: A Review of Modern Methods**
Feng S., Ganguli I. et Lee Y.
- 39 Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)**
Espagnacq M., Sermet C. et Regaert C.
- 40 The Importance of Sampling Frequency For Estimates of Well-Being Dynamics**
Hoskins S., Johnston D.-W. et Kunz J.-S.

Politique de santé Health Policy

- 40 Notre santé : 7 questions, 7 réponses**
Grimaldi A. et Bourdillon F.
- 40 Santé périnatale et son organisation**
Guillotin V.
- 41 Plan 100 % CPTS**
Ministère chargé de la Santé
- 41 Améliorer la qualité en santé - Rapport d'analyse prospective 2024**
Haute Autorité de Santé
- 41 Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle**
Tellier-Poulain M.
- 42 Healthy Patient, Healthy Planet: How Better Chronic Disease Management Benefits Both Health and the Environment**
Woxtrom S.

Politique sociale Social Policy

- 42 Dépenses sociales et médico-sociales des départements en 2023**
Reynard R.

Politique publique Public Policy

- 43 La protection de l'enfance est en danger : les préconisations du CESE**
Bigot J. et Tomé-Gertheinrichs E.

Prévention Prevention

- 43 Surveillance de la grippe en France, saison 2023-2024**
Campese C.
- 44 Observatoire de l'accès au numérique en santé – deuxième édition : Améliorer la prévention en santé des publics vulnérables**
Fondation Roche
- 44 Investing in Vaccines to Mitigate Harm From COVID-19 and Future Pandemics**
Glennerster R., Che C. et Chethik S. M.
- 44 Reimagining Prevention For a Healthier, More Prosperous Society**
Hampson G., Neri M. et Napier M.
2023
- 44 Les indicateurs de la santé des adolescents recommandés par le groupe consultatif de l'action mondiale pour évaluer la santé des adolescents mondial : Orientations pour le suivi de la santé des adolescents aux niveaux national, régional et mondial**
Organisation Mondiale de la Santé
- 45 Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé**
Pradier C. et Bardou L.
- 45 Health Economics Evaluation of Artificial Intelligence in the Field of Oncology: A Scoping Review**
Tun H.-M., Rahman H.-A. et Naing L.
- 46 Mesures préventives appliquées par les enseignantes et enseignants en France durant la pandémie de Covid-19, en comparaison aux autres salariés dans la cohorte Constances**
Wenta J., Billaudieu N. et Kab S.

Prévision-Evaluation Prevision-Evaluation

- 46 Rapport d'information relatif à l'évaluation territoriale du dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne à l'école »**
Gosselin B. et Darcos L.
- 46 Indicateurs de performance du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2020-2021**
Quintin C. et D'Arco A.

Psychiatrie Psychiatry

- 47 The Impact of Phd Studies on Mental Health - a Longitudinal Population Study**
Bergvall S. et Fernstrom C.
- 47 The Declining Mental Health of the Young in the UK**
Blanchflower D. G., Bryson A. et Bell D. N. F.
- 47 Le TDS : une stratégie de survie pour les personnes neuroatypiques**
Catin M.
- 47 The ESG Determinants of Mental Health Index Across Italian Regions: A Machine Learning Approach**
Emanuela R. et Giancarlo L.
- 48 Les freins à l'accès aux soins de santé mentale constatés par le Défenseur des droits**
Fromentin P.

- 48 Le rôle des pouvoirs publics en matière de santé mentale**
Guettai S. et Bensaada A.
- 48 Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**
Ministère chargé de la Santé
- 48 The Effect of Smoking Cessation on Mental Health: Evidence From a Randomized Trial**
Meckel K. et Rittenhouse K.
- 49 La santé mentale des SDF : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public**
Langlard G.

- 49 Suivi de la mise en place régionale du dispositif VigilanS et facteurs associés à la réitération suicidaire en Auvergne-Rhône-Alpes, 2017-2021**
Mina-Billard E., Casamatta D. et Leaune E.
- 49 La santé mentale en France**
Porta Bonete F. et Vautard A.
- 49 Despair and Death in the United States**
Ruhm C-J
- 50 Santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance**
Severino E.
- 50 Accès aux soins de santé mentale pour les personnes placées sous-main de justice**
Thirault A. et Pinede D.
- 50 Droit et santé mentale des migrants, quels liens ?**
Tortelli A.
- 50 Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale**
Vandendooren S.

Sociologie de la santé Sociology of Health

- 51 Introduction à la santé globale**
Chabrol F. et Gaudillière J. P.
2023
- 51 Le Service Public Empêché**
Vezinat N.

Soins de santé primaire Primary Healthcare

- 52 La mutation du métier de pharmacien d'officine : de dispensateur de produits de santé à acteur de services de santé**
Académie Nationale de Pharmacie
- 52 Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales : Situation au 1er janvier 2024**
Arnault F.
- 52 Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2024**
Arnault F.

- 52 Les ophtalmologues libéraux en 2022**
Bret V. et Gendreau J.
- 52 La formation continue des médecins**
Cour des comptes
- 53 First Do No Harm? Doctor Decision Making and Patient Outcomes**
Currie J., Macleod W.-B. et Musen K.
- 53 Impact of Primary Care Market Mergers on Quality: Evidence From the English NHS**
Lyu Y. et Zhang Z.
- 53 Medical Residency Subsidies and Physician Shortages**
Mcnamara C. et Pineda-Torres M.
- 53 Medical Pricing Decisions: Evidence From Australian Specialists**
Mendez S. j., Yong J. et Gravelle H.
- 54 Adaptation of French General Practitioners For the Management of Nursing Home Patients During COVID-19 in 2020: A Multilevel Analysis**
Orcel V., Bouchez T., Ramond Roquin A., Bourgueil Y. et al.
- 54 Note sur les passerelles entre les métiers d'infirmier et de médecin**
Sénat
- 54 Observatoire de la sécurité des médecins en 2023 : Recensement national des incidents par la section EP du CNOM Fiches 2023**
Vacas F.
- 55 When Women Take Over: Physician Gender and Health Care Provision**
Zocher K., Stiftinger F. et Pruckner G.
- 56 Une exploration des inégalités sociales, économiques et de santé**
Boucher G., Fournier F. et Torres S.
- 56 Bracing For the Next Crisis: Pandemics, Climate Change, and Safeguarding Global Health and Prosperity**
Cati M-M
- 56 Learning From COVID-19 Pandemic Crisis in Europe to Avoid Learnings Lost: Design Resilient Health Systems to Face Crises**
Coccia M. et Benati I.
- 57 Independent Investigation of the National Health Service in England**
Darzi L.
- 57 A Reflection of the Canadian Healthcare System. Navigating Strengths and Shortcomings**
Parsan S.-J. et Kim M.

Travail et santé Occupational Health

- 57 The Labor and Health Economics of Breast Cancer**
Ahammer A., Stiftinger F. et Pruckner G. J.
- 58 Étude des relations entre les conditions de travail difficiles, les troubles du sommeil, la dépression et les conduites addictives chez des travailleurs en situation de précarité dans la cohorte CONSTANCES**
Airagnes G., Matta J. et Hamieh N.
- 58 Income Effects of Disability Benefits**
Becker S., Gelhen A. et Geyer J.
- 58 Firm Quality and Health Maintenance**
Biro A. et Elek P.
- 58 Impact de l'intensification et de l'autonomie au travail sur la santé mentale**
Blasco S., Rochut J. et Roulard B.
- 59 Les politiques 2024 d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire**
Bozio A. et Wasmer E.
- 59 Work Hours and Health: Research Shows that Very Long Hours May Modestly Increase the Risk of Certain Health Outcomes**
Costa T.

- 59 Les effets subjectifs des « nouvelles » organisations du travail. Souffrance et plaisir au travail dans une plateforme numérique, une Scop et une entreprise libérée**
Dejours C., Le lay S. et Lemozy F.
- 60 The Impacts of Health Shocks on Household Labor Supply and Domestic Production**
Di Meo G. et Eryilmaz O.
- 60 Social Insurance Spillovers: Evidence From Paid Sick Leave Mandates and Workers' Compensation**
Dong X., Maclean J.-C. et Powell D.
- 60 Santé mentale et expérience subjective du chômage. : Une approche par la psychodynamique du travail**
Duarte A. et Le lay S.
- 60 Accident de travail Maladie professionnelle : Parce qu'une victime d'accident de travail ou maladie professionnelle doit être indemnisée comme les autres victimes**
Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés
- 61 What Is (Behind) the Gender Gap in Sickness Benefits? Evidence From Administrative Data**
Goncalves J. et Rocha-Gomes J.
- 61 Medicaid Work Requirements, Labor Market Effects and Welfare**
Jung J. et Shrestha V.
- 61 Effects of Health Shocks on Adult Children's Labor Market Outcomes and Well-Being**
Lizardi E.-R., Fevang E. et Roed K.
- 62 The Impact on Productivity Costs of Reducing Unemployment in Patients with Advanced Breast Cancer: A Model Estimation Based on a Portuguese Nationwide Observational Study**
Matos L., Borges M., Oliveira A.-T., et al.
- 62 Mortalité des agents et ex-agents de la régie autonome des transports Parisiens (RATP) entre 1980 et 2012**
Methy N., Moisan F. et Debatisse A.
- 62 The Mental Health and Labor Market Effects of Anticipating Job Loss**
Miele K-R
- 63 Rapport d'information sur les grands enjeux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles**
Richer M.-P. et Le houerou A.
- 63 Le bouleversement du travail biologique : entre engagement sanitaire et industrialisation financiarisée**
Zarka S.

Vieillissement Aging

- 63 Double Lockdown: Unravelling the Impact of Age-Targeted COVID-19 Restrictions on Senior Women's Health**
Aydilek G. et Karaoglan D.
- 64 Ownership, Asymmetric Information, and Quality of Care For the Elderly: Evidence From US Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic**
Alexeev M., Dedyukhin I. et Polishchuk L.
- 64 Longévité, pénibilité et nouvel impératif de sobriété. Quelles incidences sur le choix de l'âge de la retraite ?**
Blanchet D. et Touze V.
- 64 Health Decline and Residential Transitions Among Older Adults in Europe**
Boy Domingo Afable S., Vierboom Y.-C. et Evans M.
- 65 Global Mapping of Dependency in Older People**
Colacce M., Cordoba J. et Marroig A.
- 65 Biological Age and Predicting Future Health Care Utilisation**
Davillas A. et Jones A.
- 65 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Autonomie. Edition 2024**
Direction de la Sécurité Sociale
- 66 Vers un nouveau recul de l'âge de la retraite : la réforme Borne 2023**
Gannon F., Touze V. et Legros F.
- 66 The Impact of Macroeconomic Conditions on Long-Term Care: Evidence on Prices**
Geyer J. et Haan P.
- 66 The Nexus Between Long-Term Care Insurance, Formal Care, Informal Care, and Bequests: The Case of Japan**
Horioka C.-Y., Gahramanov E. et Tang X.

- 67 Avis portant sur le projet de décret relatif aux modalités d'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad, PUV et USLD**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfant et de l'Age
- 67 Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long**
Le Bouler S.
- 67 Les seniors sur le marché du travail en 2023 : Le taux d'emploi des seniors poursuit sa hausse, mais reste en deçà de la moyenne européenne**
Makhzoum S.
- 67 Average Percentage of Hours Dedicated to Unpaid Elderly Care: An Estimation Proposal Using a Sampling Strategy Assisted By a Beta Regression Mode**
Manrique-abril F., Pacheco lopez M. et Tellez pinerez C.
- 68 Vieux et dépendant, comment va-t-on vivre en 2050 ?**
Observatoire du département de Loire-Atlantique
- 68 La pauvreté des personnes âgées. Rapport Petits Frères des Pauvres**
Petits Frères des Pauvres
- 68 Not in Isolation: How Physician Networks Influence Evidence-Based Prescribing of Psychotropics to Older People with Dementia**
Rantsi M., Blankart K. et Lauri K.
- 69 Length of Stay in Residential Aged Care: Patterns and Determinants From a Population-Based Cohort Study**
Xi M.
- 69 Multi-State Health-Contingent Mortality Pooling: A Heterogeneous, Actuarially Fair, and Self-Sustaining Product**
Zhou Y. et Dhaene J.

Assurance maladie

Health Insurance

► **Health Insurance and Part-Time Employment: The Influence of the Affordable Care Act**

ABRAHAM K-G. ET FARBER H-S
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33046)

<https://www.nber.org/papers/w33046>

Prior to the passage of the Affordable Care Act (ACA), part-time workers were much less likely than full-time workers to have health insurance. The ACA included multiple provisions intended to raise health insurance coverage rates, including a mandate that employers provide affordable coverage to full-time workers, a requirement that dependents be allowed to remain on their parents' plan until age 26, extensions of Medicaid coverage, and the establishment of health insurance exchanges on which lower-income households could purchase subsidized coverage. Implementation of these provisions was associated with a decline in the full-time/part-time coverage gap from 6.5 percentage points in 2013 to 3.1 percentage points in 2021. Increases in Medicaid coverage and insurance purchased on the exchanges reduced were the largest contributors to the reduction in the full-time/part-time coverage gap.

► **Avis du Comité d'alerte n° 2024-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

COMITÉ D'ALERTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE
2024

Paris, Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-du-comite-dalerte>

Dans ce nouvel avis, le comité appelle à une vigilance renforcée sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, de soins de ville comme liées aux établissements de santé. À cet égard, le « point de fuite » du déficit des établissements publics de santé, qui s'élargit, est une préoccupation majeure. Il appelle une analyse précise des raisons de la sous-activité récurrente des établissements de santé par rapport aux prévisions, un

suivi continu de l'évolution comparée de leur activité et de leurs effectifs, une accélération de la remontée de leurs données comptables et la mise en œuvre de mesures, qui ne sauraient être principalement de soutien financier, visant à résorber leur déficit croissant.

► **The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization and Health: Evidence From Medicaid Expansion in Wisconsin**

FARZANA S. ET OWEN A.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4905904

We extend the Oregon Health Insurance Experiment (OHIE) study of the effects of gaining health insurance by reporting time-series evidence, from difference-indifferences (DiD) analysis of visit-level healthcare records, before and after Medicaid expansion in Wisconsin in 2014 under the Affordable Care Act (ACA). Wisconsin expanded Medicaid to cover childless adults with incomes up to 100% of the federal poverty limit (FPL). We follow these persons over 2011-2022 using electronic health records (EHR) records for a major, Milwaukee-based health system. We compare healthcare use for newly-Medicaid-enrolled childless adults aged 36-64 (treatment group) with a propensity-score-balanced control group of previously enrolled persons. Gaining health insurance leads to a sharp, immediate, rise in health care utilization. Outpatients visit rates for new enrollees roughly double, to levels similar to the control group. ED visit and hospitalization rates jump from well below to well above the control group, but by 2016 fall back to control-group levels. ED visits rise for both visits leading to discharge and visits leading to hospital admission. Medicaid expansion predicts an increase in a range of new diagnoses (e.g. diabetes, microvascular disease, peripheral vascular disease), new medication prescriptions (e.g., diabetes, cholesterol, blood pressure), testing rates (e.g., glucose, HbA1c for diabetics, cholesterol), and lower levels for chronic disease markers (glucose, cholesterol, blood pressure, but no change in macrovascular event rates. Treatment effects are broadly similar across gender, race/ethnicity, and age.

► **Rapport Charges et Produits MSA 2025**

CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE
2024

Bobigny, C.C.M.S.A.

<https://statistiques.msa.fr/publication/msa-charges-et-produits-2025/>

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2025 présente 21 propositions pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions visent à accroître l'efficience du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans le cadrage financier de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam). Ce rapport s'appuie sur plusieurs études visant à éclairer les enjeux de santé publique des populations agricoles.

► **Behavioral Health: Information on Cost-Sharing in Medicare and Medicare Advantage**

GORDON L.V.
2024

Washington, G.A.O.

<https://www.gao.gov/products/gao-24-106794>

Behavioral health conditions were estimated to affect at least one-quarter of the 66.7 million Medicare beneficiaries in the U.S. in 2023. Treatment for behavioral health disorders can help individuals manage their symptoms, reduce or stop substance use, and improve their quality of life. The Consolidated Appropriations Act, 2023, includes a provision for GAO to review behavioral health benefits in traditional Medicare and MA. This report describes (1) cost-sharing for behavioral health basic benefits in traditional Medicare and MA plans in 2024, (2) the scope of behavioral health supplemental benefits offered by MA plans in 2024, and (3) CMS's oversight of cost-sharing in MA plans for behavioral health services.

► **The Impact of Children’s Access to Public Health Insurance on Their Cognitive Development and Behavior**

HULL M. ET YAN J.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17190)

<https://docs.iza.org/dp17190.pdf>

While a large literature examines the immediate and

long-run effects of public health insurance, much less is known about the impacts of total program exposure on child developmental outcomes. This paper uses an instrumental variable strategy to estimate the effect of cumulative eligibility gain on cognitive and behavioral outcomes measured at three points during childhood. Our analysis leverages substantial variation in cumulative eligibility due to the dramatic public insurance expansions between the 1980s and 2000s. We find that increased eligibility improves child cognitive skills and present suggestive evidence on better behavioral outcomes. There are notable heterogeneous effects across the subgroups of interest. Both prenatal eligibility and childhood eligibility are important for driving gains in the test scores at older ages. Improved child health is found to be a mediator of the impact of increased eligibility.

► **The Hidden Dimension of Medicaid Expansion: Impact on Labor Market Outcomes and Job Search Activity**

PIYUSH A.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4987264

Using state-level geographic heterogeneity and the staggered nature of Medicaid expansion as a state-level treatment, this study examines its impact on job search behavior, work behavior, and labor market outcomes, with a special focus on insured and uninsured adults without dependent children. The preliminary analysis suggests that the effects of Medicaid expansion for the states which expanded in 2014, on the likelihood of job desire, participation in the labor force, or engagement in full-time or part-time employment are either statistically insignificant or very small. However, when interacting the treatment with types of insurance, the analysis reveals that Medicaid expansion has a strong positive impact on the likelihood of wanting a job and labor force participation among those who already have Medicaid coverage. Among individuals with access to employer-based coverage, the expansion shows a strong positive impact on the desire for a job and labor force participation but a slightly negative impact on both full-time and part-time employment. This indicates that while Medicaid expansion increased the desire for work among the insured, it actually reduced full-time and part-time employment.

► **L'assurance maladie aux Pays-Bas**

SÉNAT

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/lc340-notice.html>

À la demande de la mission commune d'information sur les complémentaires santé et leur impact sur le pouvoir d'achat des Français, la Division de la Législation comparée a effectué des recherches sur l'assurance maladie et le rôle des assureurs privés aux Pays-Bas. Le système d'assurance maladie néerlandais est constitué de trois volets : les soins de santé de base couverts par l'assurance maladie universelle obligatoire, les soins de longue durée et les assurances maladie complémentaires volontaires.

► **The Hidden Subsidy of the Affordable Care Act**

SIGAUD L., BJOERKHEIM M. ET MELO V.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4889920

Under the ACA, the federal government paid a substantially larger share of medical costs of newly eligible Medicaid enrollees than previously eligible ones. States could save up to 100% of their per-enrollee costs by reclassifying original enrollees into the newly eligible group. We examine whether this fiscal incentive changed states' enrollment practices. We find that Medicaid expansion caused large declines in the number of beneficiaries enrolled in the original Medicaid population, suggesting widespread reclassifications. In 2019 alone, this phenomenon affected 4.4 million Medicaid enrollees at a federal cost of \$8.3 billion. Our results imply that reclassifications inflated the federal cost of Medicaid expansion by 18.2%.

Demography

Démographie

► **A Novel Approach to the Epidemiology of People Living with Spinal Cord Injuries in France Based on an Original Algorithm From Public Health Insurance Data**

DUCHAINE F., ESPAGNACQ M., BENSMAIL D., et al.
2024

Journal of epidemiology and population health 72 (5) : 202773

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39111117/>

French Public Health Insurance gathers health, demographic and economic data based on codes from the 10th version of the international classification of diseases (ICD-10), specific nomenclature for each health-care (medical or surgical) procedures, medical expenses and justifications for full coverage of medical care. We aimed to build an algorithm that could identify the French population of people living with spinal cord injury (SCI) relying on public health insurance metadata.

► **Panorama de la société 2024. Les indicateurs sociaux de l'OCDE.**

OCDE

2024

Paris, Ocde

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-societe-2024_6af21682-fr

Rapport publié tous les deux ans par l'OCDE, contenant des données comparables à l'échelle internationale sur la démographie et les caractéristiques familiales, l'emploi et le bien-être, la mobilité et le logement, l'état de santé, les dépenses sociales, le bien-être subjectif, la cohésion sociale, et d'autres mesures de la société. Il contient des variables intéressantes comme les taux de suicide, les frais de garde d'enfants, la population carcérale, l'écart de salaire entre les hommes et les femmes et le nombre de mères de famille en activité.

E-Health

► Intelligence artificielle et santé mentale – Définir les frontières entre innovation, science et éthique

ADDA A., BRESSOT A. ET POST G.

2024

Paris, MentalTech

https://toute-la veille-acteurs-sante.fr/files/2024/10/RapportIA_SanteMentale_MentalTech-10.10.2024.pdf

Face à la prolifération des outils l'IA et à leur intégration croissante dans le secteur de la santé mentale, il devient impératif de définir des cadres clairs pour prévenir toute dérive. C'est dans cette optique que ce document a été élaboré : il vise à mettre en lumière les points de vigilance et à formuler des recommandations claires. Notre ambition est de promouvoir une utilisation consciente des nouvelles technologies parmi les professionnels de la santé mentale et les personnes concernées, patients et aidants. Nous aspirons à sensibiliser ces groupes à l'importance de mettre en œuvre ces outils de manière réfléchie, dans le respect des principes éthiques fondamentaux (extrait du texte)

► The Digital Transformation of Health Services After the Covid-19 Pandemic: An Evaluation of Telemedicine Policies in the United States

CAFERRA R., LIDDO G. D. ET MORONE A.

2024

Stanford, S.I.E.P.R. (SIEPR Discussion Paper 780)

http://www.siepweb.it/siep/wp/wp-content/uploads/2024/07/SIEP-WP_780_Morone_et_al.pdf

Before the COVID-19 emergency, telemedicine in the United States was regulated by stringent rules set by the federal and states governments. The pandemic led to significant changes in telemedicine policy, coverage, and implementation. The federal government has loosened restrictions on telemedicine, allowing beneficiaries from any location to access services from their homes. State governments have focused on expanding telemedicine in their Medicaid programs and lowering provider licensing regulations. Despite these advancements, inconsistent state, and federal reimbursement policies, as well as different policies for various telemedicine services, might still hinder telemedicine

implementation. The purpose of this research is to evaluate the effect of such policy changes on the diffusion of telemedicine using Household Pulse Survey Data provided by the US Census Bureau

► Online Versus In-Person Services: Effects on Patients and Providers

DAHLSTRAND A., LE NESTOUR N. ET MICHAELS G.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17177)

<https://docs.iza.org/dp17177.pdf>

Online delivery of one-to-one services offers potential cost savings and increased convenience, yet relatively little is known about its impacts on providers and consumers. This paper studies the online delivery of healthcare, focusing on primary care doctor consultations. We use novel data from Sweden and an effectively random assignment of patients to nurses, who differ in their propensity to direct patients to online versus inperson consultations. Our findings reveal that online consultations are delivered sooner, are shorter, and yield similar in-consultation outcomes, including rates of diagnosis, prescriptions, and specialist referrals, as well as patient satisfaction. However, in the short term, online consultations lead to more emergency department (ED) visits and additional in-person primary care visits, though no significant medium-term health effects are observed. We discuss the extent to which follow-ups reduce online's cost savings, as well as online's advantages for different patients and how to improve hybrid organizations' cost effectiveness.

► Equity and Efficiency in Technology Adoption: Evidence From Digital Health

FADLON I., AGNIHOTRI P. ET LONGHURST C.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32992)

<https://www.nber.org/papers/w32992>

Digital technologies are bringing vast improvements to modern society but also carry the risk of perpetuating disparities if adopted at lower rates by underserved communities. We investigate the efficiency and equity aspects of technological advancement in

digital health by studying an intervention of “remote patient monitoring” that enabled patients to transmit real-time clinical data for timely treatment. The program was deployed at the Academic Medical Center UC San Diego Health among a diverse population of patients and targeted hypertension management to reduce the risk of cardiovascular disease. From an efficiency standpoint, we find significant and persistent reductions in cardiovascular risk, which are notable across all subgroups of gender, age, race/ethnicity, and geographic affluence. Evidence suggests both reduced frictions in the provision of care and improved health behaviors as mechanisms. The program also led to significant reductions in healthcare utilization costs from improved hypertension control. From an equity

standpoint, however, we find that the longer-run health gains from the program fell short among underserved patient subpopulations, inducing inequities in the reductions in cardiovascular risk. The new technology was systematically adopted at lower rates by Black/Hispanic patients and by patients from disadvantaged geographic communities, who were less likely to either take up or adhere to the program. Overall, our analysis highlights the simultaneous promise and hazards of digital health technologies. We further provide evidence that primary care physicians and the nature of their relationship with patients can have a promising role in promoting greater and more equitable adoption of digital health.

Économie de la santé

Health Economics

► **The Impact of a Lifestyle Behaviour Change Program on Healthcare Costs: Quasi-Experimental Real-World Evidence From an Open-Access Mhealth App in the Netherlands**

AGACHI E., MIERAU J-O. ET ITTZESUM K-V.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4949693

Objective: Recognizing the substantial role of modifiable risk factors such as physical inactivity, unhealthy diets, and substance use in driving global healthcare expenses, this study aims to assess the impact of a lifestyle behaviour change mobile health (mHealth) app on healthcare costs within a real-world setting. Methods: Employing a difference-in-difference approach, this research compared healthcare costs between users of an mHealth app (treatment group) and a propensity score-matched control group of non-users. The study included data from 15,506 participants in the Netherlands, covering healthcare cost records from 2015 to 2019. Results: The implementation of the mHealth app was linked to a steady decrease in healthcare costs, achieving a 5.4% reduction in total healthcare expenditures two years after the program's initiation. This reduction, including decreased expenses

for general practitioner services, corresponds to an average savings of approximately 154 euros per user per year. Additionally, increased app use led to further cost reductions, with frequency of use proving more important than intensity. Conclusions: This study demonstrates that a behaviour change mHealth app is linked to significant reductions in healthcare costs, with more frequent and intense use leading to greater savings. Given their relatively low cost and ability to reach diverse population groups, such apps not only enhance individual health outcomes but can also serve as effective policy tools for large-scale health promotion, supporting broader societal health improvements.

► **Revue de dépenses : les dispositifs médicaux**

AUVIGNE F. ET KERHUEL B.

2024

Paris, I.G.F.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/igf/accueil/nos-activites/rapports-de-missions/liste-de-tous-les-rapports-de-mi/revue-de-depenses-les-dispositif.html>

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux dispositifs médicaux s'élèvent à 14 milliards d'euros (Md€) en 2022. Ces dépenses sont en hausse de 2,4 Md€ depuis 2017, soit +3,7 % par an. Trois leviers d'écono-

mies ont été identifiés dans le champ des dispositifs médicaux : la participation des usagers, la maîtrise des prix et tarifs, et le contrôle des volumes.

► **What Are the Costs of Dementia in Europe?**

BASSOLI E., BRUGIAVINI A. ET CARRINO L.

2024

Venice, University Ca' Foscari of Venice (Department of Economics WP 13/2024)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4974121

This paper provides new evidence on the cost of long-term care for individuals and society by looking at the onset of dementia in a population of older individuals aged 50 and above. By exploiting the Survey of Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the English Longitudinal Survey of Ageing (ELSA), we causally assess how a dementia shock affects commodities purchases and other domains of individual's life, in the short-run. We find that individuals reduce food consumption and increase rent and housing-related expenditures. We show that the demand for care is also affected, with an increase in both hospital, formal and informal care. Results are robust to alternative definitions of the shock and sensitivity analyses. Additionally, we discover spill-over effects on the spouse's well-being when the partner becomes sick. Finally, we compute the financial burden on individuals following a dementia diagnosis in terms of formal and informal care costs.

► **Rapport d'information sur les complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français**

CARRÈRE-GÉE M.-C. ET LACOVELLI X.

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2023/r23-770-notice.html>

Cette mission s'est intéressée aux périmètres respectifs des assurances maladie obligatoire et complémentaire, aux frais de gestion des complémentaires santé, à la gouvernance des relations entre AMO et AMC ou à l'information des assurés sur leurs contrats de complémentaire santé. Au terme d'une quarantaine d'auditions, elle présente 22 recommandations pour mieux protéger les assurés, et plus particulièrement

les seniors, en limitant la hausse des cotisations des complémentaires santé, en améliorant le recours aux droits et en allant plus loin en matière de transparence, et pour mieux articuler AMO et AMC.

► **La crise sanitaire continue à se répercuter en 2022 sur les dépenses relatives aux soins de santé internationaux**

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

2024

Décryptage : études et analyses du Cleiss(30) Montreuil, CLEISS

<https://www.cleiss.fr/docs/décryptage/décryptage30/index.html>

Comme chaque année, à la lumière des données statistiques collectées par le Cleiss, est publiée la situation concernant, pour l'exercice 2022, les dépenses de soins de santé en France des assurés des régimes étrangers, et les dépenses à l'étranger des assurés des régimes français.

► **Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la gestion de la dette sociale**

CLOUET H. ET RIST S.

2024

Paris, Assemblée nationale (Rapport d'information de l'Assemblée Nationale 3247)

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/17b0302_rapport-information

Le 13 décembre 2023, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales a décidé de lancer une évaluation structurante portant sur la gestion de la dette sociale. A partir des années 1990, le niveau atteint par les déficits cumulés de la sécurité sociale – c'est-à-dire principalement du régime général – a fait de la gestion de la dette de cette dernière un enjeu central de la gouvernance des finances sociales. Malgré une gestion de la dette sociale considérée comme efficace par une partie des personnes entendues lors des auditions, la situation financière dégradée des comptes sociaux appelle à prendre d'autres mesures pour assurer le financement de la dette et réduire les déficits.

► **Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2024

Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/médias/CCSS/2024/CCSS-octobre%202024.pdf>

En application de l'article LO. 111-6 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de l'année, y compris le rapport mentionné à l'article LO 111-4 et les annexes mentionnées à l'article LO 111-4-1, est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le premier mardi d'octobre. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a été déposé le vendredi 11 octobre. Le présent rapport couvre l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il tient compte de la révision du scénario macroéconomique par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. En revanche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde ne prennent pas en compte les mesures du projet de loi de financement.

► **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Financement. Edition 2024.**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2024

Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/financement.html>

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par la sécurité sociale et permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées. Les indicateurs associés au présent rapport d'évaluation visent à illustrer la diversité de ces enjeux. Cinq objectifs majeurs sont assignés à la politique de financement de la sécurité sociale : 1/ Revenir progressivement à l'équilibre financier de la sécurité sociale; 2/ Veiller à l'équité du prélèvement social; 3/ Concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi; 4/ Simplifier les procédures de financement; 5/ Améliorer l'efficience de la gestion financière et du recouvrement.

► **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Accidents du travail-maladie professionnelle. Edition 2024.**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2024

Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/at-mp.html>

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par ces politiques. Ils permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées. Le rapport AT-MP distingue trois objectifs principaux : réduire la fréquence et la gravité des AT-MP grâce à la prévention; améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation; garantir la viabilité financière de la branche.

► **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Maladie. Edition 2024**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2024

Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie.html>

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire présente 70 indicateurs permettant d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de six objectifs principaux : 1/ développer la prévention; 2/ assurer un égal accès aux soins; 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé; 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins; 5/ renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses; 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

► **Revue de dépenses Affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable**

DUGOS P. ET PRADY P.
2024

Paris, I.G.F.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/igf/accueil/nos-activités/rapports-de-missions/liste-de-tous-les-rapports-de-mi/revue-de-depenses-affections-de.html>

Créé dès l'origine de la sécurité sociale, le dispositif des ALD a pour objectif de protéger les assurés contre



des restes à charge élevés, notamment dans le cas des maladies chroniques. Les investigations menées par la mission IGF – IGAS ont permis d'établir que le dispositif ALD a été très peu modifié depuis 1986 alors que sa cohérence s'est affaiblie dans le temps, en s'adaptant peu aux évolutions thérapeutiques, et en reposant davantage sur l'appréciation des médecins. Désormais peu contrôlé par l'assurance maladie, le dispositif ALD joue un rôle insuffisamment incitatif à la réduction des dépenses de santé. Les deux organismes proposent donc de prévoir deux niveaux de prises en charge des ALD plutôt qu'un, selon le profil des patients. Les patients les moins sévèrement atteints pourraient alors s'acquitter d'un ticket modérateur.

► **Moral Hazard on the ACA Exchanges:
Evidence From a Cost-Sharing Subsidy
Discontinuity**

ELLIS C.-M. ET ESSON M.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=489295

This paper examines the moral hazard effects of cost-sharing subsidies in the Affordable Care Act's Health Insurance Exchanges. Exploiting a sharp discontinuity in subsidy generosity at 150% of the federal poverty level, we compare healthcare spending for individuals just above and below this threshold using a regression discontinuity design and data from the Medical Expenditure Panel Survey. We find that individuals just below 150% FPL who receive the most generous subsidies spend approximately \$1,700 more annually on healthcare compared to those just above the threshold receiving less generous subsidies, implying an elasticity of -0.48. Several analyses suggest this discontinuity reflects moral hazard rather than adverse selection or health differences across the income threshold. The results highlight the significant impact of moral hazard induced by generous cost-sharing subsidies, with important implications for the design of means-tested health insurance subsidies.

► **Financiarisation de l'offre de soins :
une OPA sur la santé ?**

IMBERT C., HENNO O. ET JOMIER B.

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/commissions/commission-des-affaires-sociales/financiarisation-du-systeme-de-sante.html>

Récemment entrée dans le débat public, la financement de l'offre de soins demeure mal appréhendée et insuffisamment régulée par les autorités sanitaires, malgré les transformations de l'offre qu'elle induit. Au terme de neuf mois de travaux, la commission des affaires sociales formule 18 propositions visant à mieux maîtriser le phénomène, à limiter ses conséquences indésirables et à protéger l'indépendance des professionnels de santé.

► **La lutte contre la fraude sociale : Rapport
2024**

HAUT CONSEIL POUR LE FINANCEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE

2024

Paris, H.C.F.I.P.S.

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

Ce rapport du HCFIPS dresse un état des lieux de la lutte contre la fraude sociale et en évoque les principaux enjeux. Selon ce rapport, la fraude sociale atteindrait au moins 13 milliards d'euros.

► **Selection of Movers on Observable
Characteristics and the Effect of Place
on Health and Healthcare Spending**

KAESTNER R., GALLAGHER R. ET SCHIMAN C.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4976443

Understanding the effect of place (geography) on health and healthcare spending is a longstanding research question with important implications for improving health and the efficiency of healthcare spending. To answer this question, recent studies have exploited variation in place resulting from elderly persons moving. The key assumption of these studies is that moving is exogenous conditional on observed

characteristics (e.g., age, sex, and race) and place of origin fixed effects (or person fixed effects). In this article, we document the extent of selection among elderly movers on a set of observable characteristics and estimate differences in Medicare spending and hospitalizations associated with such selection. Specifically, we measured the amount of selection between movers and non-movers, and among movers by the type of move made, as characterized by differences in Medicare spending and hospitalization between the mover's origin and destination locations. Our analysis shows that there is a substantial amount of selection among movers on observable characteristics not used in previous studies and that such selection is associated with large and economically important differences in Medicare spending and hospitalizations. We also show that the inclusion of person fixed effects does not eliminate the problem from unmeasured confounding due to time-varying effects of the observed characteristics on individual outcomes. In sum, our analysis suggests there is likely significant confounding unaccounted for in studies that estimate the effect of "place" on health and healthcare spending using movers.

► **Étude comparative des dépenses et du financement de la protection sociale en France et en Allemagne**

LADAIQUE M., ADEMA W. ET BARGU A.

2024

Paris, OCDE (OECD Health Working Paper 309)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/etude-comparative-des-depenses-et-du-financement-de-la-protection-sociale-en-france-et-en-allemagne_a65d2c6b-fr

Les dépenses sociales publiques ont triplé en 60 ans, atteignant 21 % du PIB en 2022, mais avec des variations significatives entre les pays de l'OCDE. Cette hausse à long terme est liée au développement des États-providence, au vieillissement de la population et à une succession de chocs économiques qui ont entraîné des augmentations progressives des ratios de dépenses sociales par rapport au PIB, dont ils ne se sont que partiellement remis. Ce document compare les systèmes de protection sociale en France et en Allemagne, en analysant les règles institutionnelles, l'efficacité des programmes, les sources de financement, et l'impact des politiques fiscales et sociales sur différents types de familles. Il évalue également les réformes depuis 2015, en se concentrant sur les revenus des ménages, les incitations au travail et les coûts de la main-d'œuvre.

► **Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005**

LASTIER D. ET DEBEUGNY G.

2024

Points de repère(54)

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-ald-2022>

L'objet de ce Points de repère est de décrire les effectifs, les prévalences, les caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour une affection de longue durée en 2022 ainsi que leurs dépenses de santé remboursées. Une analyse des évolutions des effectifs par ALD entre 2005 et 2022 est présentée. Les effectifs et taux de patients ayant bénéficié de l'ouverture d'une nouvelle exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2022 sont également décrits, ainsi que les sorties du dispositif ALD (y compris les décès). Enfin, la contribution du dispositif ALD dans le repérage de patients pris en charge pour différentes pathologies est analysée.

► **Financing Healthcare with Earmarked Taxes**

MACKINNON J., MINTZ J. ET KHANAL M.

2024

Rochester, S.S.R.N. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4928168

The focus of this paper is to determine whether earmarking health taxes or other revenue mobilizes greater public healthcare support as argued by the World Health Organization. We examine six case studies in which taxes or revenues have been earmarked to support public healthcare: Brazil, France, Germany, the Philippines, South Africa, and South Korea. We find that earmarking does not lead to more revenue spent on healthcare on a sustained basis, except for experiences in the Philippines and for long-term care in Germany

► **De l'inflation normative à l'effervescence réglementaire : Peut-on parler d'hyper-réglementation dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire**

PARIENTE-MERCIER I., AUBERT E. ET CHAMPION H.

2024

Paris, CTIP <https://www.ctip.asso.fr/observatoire/etudes/>

Ce cahier dresse un état des lieux de la réglementation applicable au secteur de l'assurance collective de salariés en prévoyance et en santé.

► **Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède**

PICHETTI S., D'ESTEVE DE PRADEL A. ET ESPAGNACQ M.

2024

Questions d'économie de la santé (Irdes)(293)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/293-financement-et-acces-aux-aides-auditives-en-europe.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/podcast-04-aides-auditives-et-100-pour-cent-sante-les-enjeux-d'une-reforme-tres-francaise.html>

Le financement et l'accès aux aides auditives sont comparés dans quatre pays européens. En France et en Belgique, l'achat est principalement privé tandis qu'en Suède et en Angleterre, le secteur public assure un achat centralisé par un système d'appel d'offres avec une distribution gratuite ou quasi gratuite aux usagers. La réforme du 100 % santé en audiolgie offre en France un large éventail de prothèses auditives accessible sans reste à charge grâce aux financements de l'assurance publique et complémentaire, et à l'existence d'un prix limite de vente. En Suède, toutes les gammes sont mises à disposition dans le système public et les restes à charge sont nuls ou très faibles, mais cette solvabilisation se fait au prix d'une offre réduite et de phénomènes de files d'attente. En Angleterre, le National Health Service (NHS) permet l'accès gratuit à une offre limitée, à un coût relativement faible pour le NHS, sans prise en charge publique complémentaire sur le marché privé. La Belgique a fait le choix d'une solvabilisation équivalente à la France mais en s'appuyant exclusivement sur l'assurance publique. Ce système sans régulation de prix, avec un montant élevé de prise en charge, semble provoquer

une situation inflationniste des prix de vente qui occasionne des restes à charge plus conséquents que ceux observés en France. Depuis la réforme, qui a permis une amélioration significative de l'accès aux aides auditives, la France se situe favorablement par rapport aux autres pays étudiés. Plusieurs enjeux pour l'avenir sont identifiés : éviter que la « gratuité » pour l'usager n'indue des pratiques commerciales coûteuses pour la collectivité, gérer le panier de soins des aides disponibles sans reste à charge pour intégrer le progrès technique, et veiller à ce que les primes d'assurance complémentaire des personnes âgées restent accessibles financièrement.

► **The Economic Burden of Hip Fractures in the Geriatric Population By Mental Health Illness and Substance Use Status: National Estimates 2016 to 2020**

SARODE A., SU E. ET DROST J.

2024

Rochester, S.S.R.N. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4964941

Objective: To assess the economic burden of hip fracture hospitalizations associated with mental health and substance use (MHSU) disorder. Methods: We retrospectively analyzed the National Inpatient Sample 2016-2020. Patients 65 years and older with hip fracture-related ICD-10 diagnosis and discharge codes were selected. Pre-defined by Clinical Classification Software (CCS), we identified 34 MHSU groups. We analyzed MHSU disorders in two ways: first, we looked at patients with at least one MHSU disorder to compare demographic and clinical characteristics; and second, we examined individual MHSU categories separately to assess their prevalence and compare costs. The dependent variable was the hospitalization cost adjusted for 2024 inflation. Multiple regression analysis with a log transformation of costs was used to assess hospitalization costs by individual MHSU categories, adjusting for confounding factors. Results: Of 274,784 inpatient hip fracture admissions, 35% had at least one diagnosis related to MHSU. Among the 34 MHSU categories, only five had a prevalence greater than 1%: depression (15%), anxiety or fear-related disorders (14%), alcohol use (3%), opioid use (3%), and tobacco use (9%). Patients with MHSU were younger and had longer hospital length of stay (LOS) than patients with no MHSU (NoMHSU) (median age 80 vs. 84 years, p<0.001; median LOS 5 days vs. 4 days, p<0.001). The total estimated cost of hospitalization for the cohort

was \$30.5 billion during the study period. Patients with MHSU incurred higher mean hospitalization costs compared to NoMHSU (\$22,634 vs. \$22,000, p<0.001). After adjusting for demographic, regional, and clinical factors, costs were 5% (p<0.001) and 8% higher (p<0.001) for patients with alcohol-related and opioid-related disorders, respectively, compared to those without these conditions. Conclusions: The economic burden of hip fractures in older adults is significant and exacerbated by the presence of substance use disorders, particularly alcohol- and opioid-related, underscoring the need for targeted policies and clinical interventions to optimize care and resource allocation for this population.

► Note sur la financiarisation du système de santé

SÉNAT

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/lc339-notice.html>

À la demande de la commission des affaires sociales, la division de la Législation comparée a réalisé une étude sur la financiarisation du système de santé et son encadrement juridique en Allemagne et en Suède. Le phénomène de financiarisation dans le secteur de la santé peut être défini comme « un processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi ». La financiarisation doit être distinguée de la privatisation en ce qu'elle traduit, au sein du secteur privé, un transfert de propriété entre des acteurs professionnels et des acteurs financiers non professionnels.

► Macroeconomic Factors Affecting Out-Of-Pocket Payments For Health: Evidence From Panel Data Analysis of SAARC Countries

SUBEDI K.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4889047

This paper explores factors affecting Out-of-Pocket payments for healthcare expenditures in SAARC countries. The specific objectives of the paper were

to compare healthcare expenditure patterns amongst the SAARC countries and explore the macroeconomic, demographic and social factors influencing OOP payments for healthcare these countries. The model selection tests suggest that the fixed effect model is the most appropriate for the data, though the random effect model also provides valuable insights. Fixed effect model result showed that a 1 per cent change in GDP per capita, consumer price index, population aged 65 years and above causes change in out-of pocket payments for healthcare by 1.08 per cent (p< 0.01), 0.09 per cent (p< 0.05), and 1.20 per cent (p<0.01) respectively. Whereas, the random effect model result showed that a 1 per cent change in GDP per capita, remittance inflow per capita, consumer price index, population aged 65 years and above, mean years schooling and domestic general government expenditure causes change in out-of-pocket payments for healthcare by 1.47 per cent (p< 0.01), 0.72 per cent (p< 0.01), 0.06 per cent (p< 0.05), 0.18 per cent (p<0.05), 0.64 per cent(p<0.01) respectively. The fixed effect model explains over 98 per cent of the variation in OOP payments, while the random effect model accounts for over 87 per cent. The analysis concludes that macroeconomic factors such as GDP per capita, consumer price index (CPI), mean years of schooling, domestic general government expenditure, and the percentage of the population aged 65 years and above significantly influence OOP healthcare payments in SAARC countries. However, the impact of remittance inflows and mean years of schooling on OOP payments remains inconclusive.

► Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans la fonction publique et les opérateurs

TRIOLLE A. ET LEFEVRE N.

2024

Paris, I.G.F.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/igf/accueil/nos-activites/rapports-de-missions/liste-de-tous-les-rapports-de-mi/revue-de-depenses-relative-a-la.html>

Les absences pour raison de santé ont connu une hausse généralisée, dans la fonction publique et dans le secteur privé, à partir de 2020. En 2022, ces absences se situaient à des niveaux plus élevés dans la fonction publique (14,5 jours d'absence par an par agent) que dans le secteur privé (11,7 jours par salarié) alors qu'elles se situaient à des niveaux comparables sur la période 2014- 2019 (autour de 8 jours par an). La mission a identifié plusieurs leviers pour réduire



les absences pour raison de santé dans la fonction publique qui reposent sur des mesures de prévention, de contrôle et d'incitation et qui permettent, le cas échéant, de réaliser des gains d'efficience ou des économies budgétaires.

Environnement et santé

Environmental Health

► Sensibilité à l'environnement, action publique et fiscalité environnementale. L'opinion des Français en 2024

BLAKE H.

2024

Paris, C.R.E.D.O.C.

<https://www.credoc.fr/publications/sensibilite-a-lenvironnement-action-publique-et-fiscalite-environnementale-lopinion-des-francais-en-2024-rapport-ppt>

Ce rapport présente les résultats des questions insérées par l'ADEME dans le dispositif d'enquête « Conditions de vie et aspirations » du CREDOC. L'enquête a été menée du 20 décembre 2023 au 15 janvier 2024. Des points de comparaison avec les enquêtes précédentes ont été établis et certaines comparaisons longitudinales remontent en historique jusque dans les années 1980/1990. Malgré une baisse de l'inflation durant l'année 2023, ses effets se ressentent toujours début 2024, se traduisant par un sentiment de vulnérabilité largement partagé au sein de la population. Les Français sont également de plus en plus préoccupés par les problèmes de sécurité, d'immigration et de pauvreté, qui devancent les préoccupations environnementales. La population est pourtant profondément consciente des enjeux environnementaux, de la responsabilité de l'effet de serre et du facteur humain dans les catastrophes climatiques mais aussi de l'impact de la perte de biodiversité. Ils continuent à soutenir très largement (82 %) une mobilisation de moyens pour lutter contre le réchauffement climatique semblable à ceux déployés pour lutter contre la crise du Covid 19. Ces attentes fortes pour l'environnement s'accompagnent d'un important désir de changement sociétal – 82 % estiment que la société doit se transformer profondément. Pour autant, les moyens concrets de mobilisation des ressources ne font pas consensus. Le consentement à l'impôt reste fragile, malgré une forte progression

par rapport à 2023 : 44 % des Français rejettent a priori l'idée d'une hausse de leurs impôts, quel que soit son domaine d'affectation (- 9 points par rapport à 2023). Et pour les Français qui ne s'opposent pas à une hausse de leur contribution, l'environnement semble moins prioritaire que la santé, l'éducation et la recherche, ou la vieillesse et les retraites. Dans ce contexte, la fiscalité environnementale ne rencontre qu'un soutien modéré. De prime abord, seuls 21 % des Français seraient prêts à payer plus de taxes pour financer la défense de l'environnement et 18 % à payer une taxe sur les carburants pour lutter contre le changement climatique. Si on observe un léger rebond de ces taux après la baisse en 2023 (+ 5 points pour la taxe carbone, retrouvant le niveau de 2022), leur niveau reste inférieur à celui observé après la crise des gilets jaunes (21 % en 2020).

► Coûts et co-bénéfices des politiques de transition climatique : comment seront-ils retracés par les indicateurs de niveau de vie et de bien-être ?

BLANCHET D. ET PESME P.

2024

Economie et statistique(543): 3–20.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8260887>

L'objectif de la transition climatique est de minimiser les pertes de bien-être qu'impliquerait, à long terme, l'absence totale d'action dans ce domaine. Mais les politiques qu'elle suppose de mettre en œuvre devraient générer des coûts à court et moyen terme. Les indicateurs usuels de niveau de vie seront dans leur rôle habituel s'ils rendent bien compte de ces coûts. Certains d'entre eux pourraient néanmoins rester sous-estimés et l'impact de la transition serait alors plus marqué que ce qu'en diront les indicateurs

usuels. À l'inverse, le coût en bien-être de la transition pourrait être plus faible si elle est assez rapidement porteuse de co-bénéfices non monétaires, et/ou si elle s'accompagne de modifications des préférences : un moindre accès aux biens bruns n'a pas le même impact selon que la préférence intrinsèque pour ces biens reste forte ou se replie. Toutes ces questions sont des questions génériques qui se posent pour d'autres sujets que la transition climatique, mais celle-ci invite à les approfondir.

► Supporting the Era of Green Pharmaceuticals in the UK

FIRTH I., HITCH J. ET HENDERSON N.

2022

Londres, O.H.E.

<https://www.ohe.org/publications/supporting-the-era-of-green-pharmaceuticals-in-the-uk/>

This report sets out the high-priority activities that the NHS, UK government and industry should undertake to tackle the challenge of reducing the NHS's carbon footprint. Tackling the climate crisis is an international priority. Healthcare has a high carbon footprint, accounting for 5% of the UK's carbon footprint (Lenzen et al., 2020) and NHS England has estimated that the manufacture, supply, and use of pharmaceuticals account for 25% of the NHS's total carbon footprint (NHS England, 2020).

► Santé publique en transition

HARPET C., BAURES E. ET PERRETI-NDIAYE M.

2022

Paris, Les Liens qui libèrent

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-publique-transition/>

Les crises environnementales et la pandémie actuelle ont révélé l'urgence de mener une réflexion profonde sur la santé publique. Il est temps d'en repenser les valeurs, les fondements et les pratiques. Les approches médico-centrées et curatives ne répondent plus aux défis sanitaires, sociaux et écologiques à l'ère de l'Anthropocène. Désormais, le lien entre « santé humaine » et « santé environnementale » est à restaurer. Les dynamiques sociales, territoriales, environnementales, politiques et psychologiques affectent l'état de santé des populations. Faire de la place à la santé publique dans le débat démocratique, repenser l'organisation

du care, intégrer les technologies du numérique sont autant de questions essentielles ouvrant des voies de transitions. Ce sont tous ces enjeux que soulève ce Petit manuel de la Grande transition, pour les enseignants et étudiants des métiers de la santé publique, du secteur social... et au-delà. Par une approche interdisciplinaire de « santé-environnement », il s'agit de franchir six portes, qui sont autant de voies de questionnement, afin de repenser la santé et de repenser notre système de santé.

► Impact macroéconomique des dommages climatiques en France

JACQUETIN F. ET CALLONNEC G.

2024

Economie et statistique(543): 39–64.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8260891>

Pour évaluer le coût économique de l'inaction climatique, nous introduisons le coût des dommages dans le modèle macroéconomique « Three-ME » de l'ADEME. Le cadre traditionnel « keynésien » du modèle a été modifié pour tenir compte des risques pesant sur certains secteurs (agriculture, électricité) qui entraîneraient des baisses contraintes de leur production. Les dommages incluent à la fois les risques chroniques, découlant de changements graduels, et les risques aigus découlant d'événements courts de forte intensité comme les catastrophes naturelles. Ces dommages sont introduits de manière « bottom-up », c'est-à-dire à la fois au niveau de l'offre et de la demande des agents concernés. Selon les simulations, par rapport à une transition anticipée et planifiée limitant le réchauffement à 1,5 °C d'ici 2100, l'inaction climatique pourrait coûter près de 7 points de PIB annuels à la France à l'horizon 2100.

► Aging in the Air: The Impact of Carbon Emissions on Health-Related Quality of Life

LUONG T. A. ET NGUYEN M. H.

2024

Toulouse, T.S.E. (TSE Working Paper 1549)

https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2024/wp_tse_1549.pdf

In this paper, we analyse the impacts of climate change, in particular greenhouse gases on people's life quality in general, and physical and mental health in particular. These outcomes are taken from the Survey

of Health, Ageing and Retirement in Europe which took place from 2004 to 2019. We provide a wealth of evidence that shows the adverse impacts of greenhouse gases emission. For instance, doubling the amount of carbon dioxide emission would reduce the quality of life of a person aged 50 by 3.8 percent. The effects on mental health are more noticeable than those on physical health. These effects are, however, not constant across ages. Middle-aged people are more vulnerable than older ones.

► **Rapport mondial sur la protection sociale 2024-2026 : Une protection sociale universelle pour l'action climatique et une transition juste**

ORGANISATION MONDIALE DU TRAVAIL

2024

Genève, O.I.T.

<https://www.ilo.org/fr/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2024-26-universal-social-protection-climate>

Ce rapport phare de l'OIT donne un aperçu global des progrès réalisés dans le monde depuis 2015 en matière d'extension de la protection sociale, en mettant l'accent sur la crise climatique et la nécessité d'une action climatique pour assurer la transition vers un monde plus durable.

État de santé

Health Status

► **A Focus on Adolescent Social Media Use and Gaming in Europe, Central Asia and Canada**

BONIEL-NISSIM M., MARINO C. ET GALEOTTI T.

2024

Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe

<https://iris.who.int/handle/10665/378982>

The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study is a large school-based survey carried out every four years in collaboration with the WHO Regional Office for Europe. HBSC data are used at national/regional and international levels to gain new insights into adolescent health and well-being, understand the social determinants of health and inform policy and practice to improve young people's lives. The 2021/2022 HBSC survey data are accompanied by a series of volumes that summarize the key findings around specific health topics. This report, Volume 6 in the series, focuses on adolescent social media use and gaming, using the unique HBSC evidence on adolescents aged 11, 13 and 15 years across 44 countries and regions in Europe, central Asia and Canada. It describes the status of adolescent social media use and gaming, the role of gender, age and social inequality, and changes in adolescent social media use and gaming

since 2018. Findings from the 2021/2022 HBSC survey provide an important evidence benchmark for current research, intervention and policy-planning.

► **Parental Health, Adolescents' Mental Distress and Non-Cognitive Skills**

DAVILLAS A., OLIVEIRA D. V. ET RAFTOPOULOU A.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17239)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4939151

Drawing on nationally representative UK data, we explore the association of parental health and disability with mental distress and non-cognitive skills development of adolescents; both self-reported and more objectively measured bio-measures are used to capture parental health. Overall, we demonstrate a systematic association of parental health/ disability with the non-cognitive skills development of adolescents living in the same household. However, considerable heterogeneity in these associations is observed between (and within) the mother's and father's health and disability measures. Much less evident is the link between parental health/disability and adolescents'

mental distress. Our findings suggest that each parent's health and disability status may be differentially associated with adolescents' non-cognitive skills development.

► **Grandes causes de mortalité en France en 2022 et tendances récentes**

FOUILLET A., CADILLAC M. ET RIVERA C.
2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(18): 388-411.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/grandes-causes-de-mortalite-en-france-en-2022-et-tendances-recentes>

Cette étude décrit la mortalité par cause de décès en 2022, en comparant son évolution avec les tendances entre 2015 et 2019 et en 2020 et 2021. À partir des certificats de décès des personnes résidentes et décédées en France en 2022 et entre 2015 et 2021, les causes médicales de décès ont été codées selon la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les causes initiales de décès ont été regroupées selon la liste européenne des causes de décès, à laquelle s'ajoute la Covid-19. Les effectifs et les taux de mortalité standardisés ont été analysés par cause, classe d'âge et sexe. Les taux de 2020 à 2022 sont comparés aux niveaux tendanciels de mortalité estimés par un modèle de régression de Poisson entre 2015 et 2019. Le taux de mortalité standardisé est stable à tous les âges par rapport à 2021, mais augmente chez les personnes de 85 ans ou plus. En 2022, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires) restent les deux premières causes de décès, mais les maladies de l'appareil respiratoire ont fortement progressé et deviennent la troisième cause de décès. Ainsi, alors que la mortalité par Covid-19 recule, celle des maladies respiratoires progresse et revient à un niveau proche de celui de 2019. De plus, la hausse de la mortalité pour la majorité des grandes causes se poursuit en 2022, notamment pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes. Les taux standardisés de mortalité sont significativement plus élevés que ce que suggérait la prolongation de la tendance 2015-2019, en particulier pour les maladies de l'appareil digestif et les causes externes (accidents domestiques, chutes, suicides...). Les écarts par rapport à la tendance passée sont cohérents avec les résultats internationaux et contribuent à documenter les évolutions de la mortalité depuis l'épidémie de Covid-19.

► **Evidence on the Robustness of the Links Between Social Relationships and Mortality**

FREAK-POLI R, JENKINS S. P. ET SHIELDS M. A.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17274)

<https://www.iza.org/publications/dp/17274/evidence-on-the-robustness-of-the-links-between-social-relationships-and-mortality>

Despite a substantial litterature on the links between social relationships and mortality, the size of the relative risks from loneliness, social isolation, and living alone, remain controversial. Further research is therefore important given demographic changes meaning that more people are living alone, for longer, and with chronic health conditions. Using 19 waves of high-quality Australian longitudinal data we provide new evidence using multiple measures of social relationships, model specifications, and adjustments for confounding. We focus on chronic measures of (poor) social relationships and provide separate estimates by gender. We find that both functional and structural aspects of social relationships are independently strongly associated with all-cause mortality. We estimate a hazard ratio for loneliness of 1.41, which is greater for males (1.55) than females (1.24). These hazard ratios are larger than found for social isolation (1.19). We also find a strong relationship between being an active member of a club and reduced mortality risk, but no evidence that living alone is an independent risk factor. We provide useful comparisons with the mortality risks associated with smoking and household income. Overall, our findings suggest that interventions should focus on reducing both loneliness and social isolation, as well as encouraging active social participation

► **Panorama des cancers en France - édition 2024**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2024

Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2024>

Le panorama des Cancers en France, ici dans sa 4^e édition, reprend en quelques pages l'essentiel des chiffres des cancers en France

► **Do Behavioral Characteristics Influence the Breast Cancer Diagnosis Delay? Evidence From French Retrospective Data**

LE CLAINCHE C., MARSAUDON A. ET ROCHAIX L.

2024

Value in health 27(10): 1408-1416.

[https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(24\)02747-5/abstract](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(24)02747-5/abstract)

This study aimed to analyze the behavioral determinants of breast cancer (BC) diagnosis delays in France. To do so, we investigated whether time discounting, risk tolerance, and personality traits influenced the BC diagnosis delay of patients.

► **Epidémiologie des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie en France hexagonale, 2022-2023**

RÉSEAU SENTINELLE

2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://www.sentiweb.fr/document/i_58BatiDRFq

Les accidents de la vie courante regroupent les accidents domestiques, de sports et de loisirs, ceux qui surviennent à l'école et lors de tout autre moment de la vie privée. Ils sont la première cause de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, et la deuxième cause de décès chez les 5 à 14 ans. La plupart de ces accidents étant évitables, il est essentiel de disposer de données détaillées et actualisées sur leurs caractéristiques afin de mieux cibler les actions de prévention.

► **Évolution de la corpulence déclarée dans les baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017**

SALANAVE B., VERDOT C. ET ESCALON H.

2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(15): 306-312.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/15/2024_15_1.html

Dans le contexte de l'augmentation de la corpulence qui est observée depuis plusieurs années en population générale en France, les données de poids et de taille déclarées, malgré leur biais de déclaration, permettent de suivre les évolutions du surpoids et de l'obésité sur de longues périodes. La compilation des baromètres

de Santé publique France de 1996 à 2017 a permis de disposer d'une série temporelle sur la corpulence déclarée des adultes sur une période de plus de 20 ans. Chez les hommes, la proportion de personnes se déclarant en surpoids (y compris l'obésité) a augmenté entre 1996 et 2008, passant respectivement de 40 % à 48 %, et semble depuis s'être stabilisée autour de 48-50 %. L'obésité concernait 7 % des hommes en 1996 et a augmenté pour dépasser les 14 % en 2016, avant d'enregistrer une baisse significative et revenir à 13 % en 2017. Chez les femmes, la corpulence a augmenté de façon régulière. Le surpoids (y compris l'obésité) déclaré chez les femmes était inférieur à 25 % en 1996 et a atteint 39 % en 2017. L'obésité déclarée chez les femmes, qui était inférieure à 6 % des femmes en 1996, a atteint 14 % en 2017. Ces données anthropométriques déclarées issues des baromètres de Santé publique France nous renseignent sur l'évolution du surpoids et de l'obésité au cours du temps. Ces tendances devront néanmoins être confirmées par le recueil de données anthropométriques mesurées. Toutefois, quelles que soient ces tendances, les niveaux de surpoids et d'obésité des adultes en France restent très élevés et nécessitent l'intensification des politiques de prévention en la matière.

► **Heterogeneity in Peer Effects of Obesity**

STROMBOTNE K., DAY S. ET KONTY K.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17292)

<https://www.iza.org/publications/dp/17292/heterogeneity-in-peer-effects-of-obesity>

Children form social ties along dimensions of gender and race/ethnicity, and thus may differ greatly in exposure to peer health and also in reactivity to peer influence. This paper estimates heterogeneity in the peer effects of obesity along dimensions of gender, race/ ethnicity, and socio-economic status for grade-mates within schools. Using data from the New York City (NYC) FITNESSGRAM initiative on over 1.6 million children in grades K-8, we find that males and females are equally responsive to peer effects. We estimate larger differences by race/ethnicity, immigration status and home language, but find no statistically significant differences in peer effects by socio-economic status. Taken together, these findings suggest that policies that reduce obesity could simultaneously widen some existing health disparities due to the heterogeneities in peer effects we uncover. Understanding the dynamics of peer influence is essential for designing policies and

programs that seek to leverage social interactions for better health outcomes.

Geography of Health

► Equal Access to Primary Care: A Reference For Spatial Allocation

HAERING A., KAEING M. ET WERBECK A.

2024

Bochum, Ruhr-Universität Bochum (Ruhr Economic Papers 1089)

<https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/300565.html>

We study the regional distribution of primary care physicians in Germany to learn about the extent and possible reasons of geographic maldistribution. For this aim, we apply a greedy capacitated algorithm on very fine spatial data. We compare this reference allocation of primary care physicians to the status quo. Our results suggest that Germany has a shortage of primary care physicians of 6% which is particularly evident in rural areas. Some municipality characteristics like purchasing power and number of schools can explain parts of the difference in the number of physicians between cities and rural areas. Large parts, however, remain unexplained.

► Identifying the Costs of Misallocation in Emergency Response: A Diff-In-Diff Analysis in the Italian Region Liguria

LUCCHESE E.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4962539

Rapid response is critical in dealing with emergencies. Using a difference-in-differences approach, I show that the location of patients is a crucial determinant of response time. The length of the ambulance journey does not affect the results, supporting the idea that the delay is due to a last mile problem. Patients in residential locations are more difficult to locate than those in places that are opened to the public. I show that technologies improving the precision of the location

Géographie de la santé

information could save 1,103 lives each year by reducing drive times. The analysis is performed in Liguria, an Italian region with 1.5 mln inhabitants.

► Où s'installent les médecins libéraux en Île-de-France. Quels enseignements pour le zonage médecins ?

MANGENEY C.

2024

Focus santé en Ile-de-France

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2024/Accessibilite/FOCUS_ImplantationMG_septembre2024_vd.pdf

Consacrée aux choix d'implantation des médecins généralistes, cette étude propose une analyse des logiques d'implantation des médecins nouvellement installés en Île-de-France : quels sont les territoires les plus attractifs pour les médecins ? Quels enseignements en tirer pour l'action publique, notamment en termes de lutte contre les difficultés d'accès spatiale aux soins ?

► Les coordinations des démarches territoriales de santé : Contrats locaux de santé, Ateliers santé ville et Conseils locaux de santé mentale

NEZET M., MORRA M., LAZZARI M., et al.

2024

Aubervilliers, Fabrique Territoires Santé

https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/10/DR_les-coordinations-des-DTS_-2024_VF-1.pdf

Dans ce dossier ressources, Fabrique Territoires Santé a souhaité interroger la notion de coordination des démarches territoriales de santé : les contextes dans lesquels elles s'implantent, leurs périmètres géographiques, ainsi que leurs missions et pilotages.

Dans cette perspective, dès juillet 2023, un appel à contributions a été lancé auprès de notre réseau de coordinateur·trices. Des entretiens individuels et collectifs auprès des coordinatrices volontaires ont ensuite été menés. Ce Dossier ressources s'appuie

également sur les actes de la Rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé sur cette même thématique ainsi que sur le rapport de l'enquête sur le déploiement des ASV et CLS 6 menée de manière parallèle.

Handicap

Disability

► **L'état de santé des personnes en situation de handicap. Zoom sur les bénéficiaires de l'AAH**

LE RETIF S., LÉVÈQUE-MORLAIS N. ET YON A.

2023

Hérouville-Saint-Clair, C.R.E.A.I. - O.R.S. Normandie
https://orscreainnormandie.org/nos_derniers_travaux/letat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-handicap-zoom-sur-les-beneficiaires-de-laah

Sur les dernières décennies, les personnes handicapées connaissent plus encore que le reste de la population, une augmentation de leur espérance de vie, même si

celle-ci demeure inférieure à celle de la population générale. Diverses études mettent en évidence une morbidité et une mortalité plus élevée chez ce public, du fait du handicap qui le prédispose à un risque plus élevé de pathologies, mais également du fait d'une prise en charge médicale parfois insuffisante ou inadéquate. L'étude confiée par l'ARS à l'ORS-CREAI Normandie a pour objectif d'apporter des éléments de connaissance sur l'état de santé des adultes en situation de handicap dans la région, et ainsi d'éclairer les besoins futurs pour mieux y répondre.

Hôpital

Hospital

► **Analyse de l'activité hospitalière 2023 - Psychiatrie**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR
L'HOSPITALISATION

2024

Lyon, Atih

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2023>

Cette étude détaille les évolutions des sept dernières années, permettant de confronter la reprise de l'activité hospitalière au regard des tendances observées avant la crise sanitaire de 2020. Ce rapport fournit également un aperçu complet du profil des patients, des modalités de prise en charge et des principaux motifs de recours aux soins. + 5 400 patients en moyenne

sont pris en charge chaque année depuis 2021. En 2023, près de 408 000 patients ont été pris en charge à temps complet ou à temps partiel en établissement psychiatrique pour une hospitalisation en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les soins réalisés ont généré 21,5 millions de journées de présence.

► **A Compartmental Model to Describe Acute Medical In-Patient Flow Through a Hospital**

ALKARKHI T. ET BYATT K.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4926023

Health care is becoming increasingly complex, especially in secondary care. Hospital bed numbers per capita in the United Kingdom (UK) are lower than many European countries and often represent the limiting factor in delivering secondary care. Mechanisms to improve the efficiency of their use (and reduce opportunity costs) are therefore important to managers. There have been attempts to model bed usage in departments (micro-level) and across health systems (macro-level), however so far, there have been few models developed allowing reliable description and analysis of hospital bed use across a whole hospital (looking at the interactions between parts of a hospital as patients move through) from admission to discharge or death. Patients with serious medical conditions (e.g. COVID-19) pass into, though, and out of, hospital. Considering the hospital as a multicompartiment system, we will derive relevant equations to allow a description of these departments' dynamic relationships. These relationships are determined by many factors, some known, and many interdependent. We do not need to, and indeed cannot, know all of these factors (as needed for discrete event simulation, or agent-based modelling), but will merely look at the net changes between compartments (i.e. a 'system dynamics' approach). Under a stable model, we use data of bed usage from UK hospitals, as means of validation to the adapted methodology.

► **Promoting Collaborative Care: Relative Performance-Based Payment Models For Hospitals and Post-Acute Care Providers**

ARIFOGLU K., REN H. ET TEZCAN T.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4581295

Diagnosis-Related Group (DRG) and bundled payment models are widely used in healthcare reimbursement by entities like the Centers for Medicare & Medicaid

Services (CMS) and insurance companies. However, these models were primarily designed for conditions managed by a single healthcare provider in a centralized manner, often overlooking the complexities of cases requiring post-acute care (PAC) following an initial hospital stay. This can result in inadequate incentives for effective care coordination between hospitals and PAC providers, especially when treatment decisions are decentralized. Motivated by the Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) payment model recently introduced by CMS, which holds hospitals accountable for the quality and cost of the entire CJR episode, including the cost of PAC, we propose simple payment models that incentivize hospitals and PAC providers to collaboratively enhance the cost efficiency and quality of care for such conditions. Our approach extends traditional payment models by introducing performance targets for all providers, encompassing the entire care episode. Using a game-theoretical model, we demonstrate that the proposed payment model elicits socially optimal actions from all providers, under various assumptions. Importantly, our models do not require detailed knowledge of the hospital-PAC network structure but rely solely on observed cost and quality outcomes within the entire system. Furthermore, while the CJR payment model represents a positive step forward, our analysis reveals potential areas for improvement. Specifically, we suggest that holding both hospitals and PAC providers financially accountable, instead of solely focusing on hospitals, would yield further enhancements in the care delivery model.

► **Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) statutaires - situation au 1er janvier 2024**

CENTRE NATIONAL DE GESTION

2024

Paris, C.N.G.

<https://www.cng.sante.fr/actualites/publication-dernieres-statistiques-praticiens-hospitaliers-sont-disponibles>

Les statistiques sont extraites d'une photographie au 1^{er} janvier de l'année, elles sont établies à partir des bases de données issues de l'outil de gestion des praticiens hospitaliers dénommé SIGMED. Au 1^{er} janvier 2024, 56 356 praticiens hospitaliers sont comptabilisés dont 48 552 PH exerçant en établissement.

► **Does the Abolition of Direct Payments For Consultations Reduce Emergency Room Visits? Evidence From a French Natural Experiment**

DOTTIN A.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4896459

We analyze the effects of a 2017 French reform that removed direct payments for all the care consumed by pregnant women after the 6th month of pregnancy. Direct payments create a liquidity constraint on individuals' income that can deter care consumption, especially among low-income individuals. In France, a free complementary health insurance (CHI) managed by the National Health Insurance (NHI) already exists to exempt the care consumption of low-income individuals from direct payments. Therefore, this study investigates whether there are still individuals who are constrained by the price of a medical consultation despite the existence of this free CHI. To do so, we use a sample of the exhaustive database on individuals' care consumption, the SNIIRAM. This database records all outpatient care and hospital care consumed by almost all the French population. Using a triple differences estimator, we estimate the causal impact of the reform on the number of outpatient consultations, and the number of ED visits made by pregnant women. We find that the abolition of direct payments led to a small increase in the number of General Practitioner (GP) consultations of pregnant women (+6.5 consultations by month per 100 women). This result suggests that a small proportion of pregnant women was still subject to liquidity constraints for care, despite the existence of the free CHI. Then, we examine the possible spillover effects of the reform on the number of visits to the Emergency Department (ED).

► **Disorderly Queues: How Does Unexpected Demand Affect Queue Prioritisation in Emergency Care?**

FRANCETIC I., MEACOCK R. ET SICILIANI L.

2024

York, University of York (CHE Research Paper 24/14)

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/2024/2414.pdf>

The sharp increase in emergency department (ED) use in England has created long queues at busy times. Care

professionals may prioritize some patients in these queues, increasing delays for others and potentially impacting both equity and efficiency. We calculate a measure of queue prioritisation for all 11M attendances at an ED in England in 2017/18, and examine whether some patient groups (ethnic minorities, females, and residents of deprived neighbourhoods) are discriminated against in this prioritisation process. We reduce the risk of unobservable confounding by examining how patient re-ordering responds to unexpected demand surges. To do so, we leverage high-dimensional fixed effects to partial out hospital-specific month-day-of-the-week seasonality to obtain plausibly exogenous daily demand shocks. We further reduce the risk of observable confounding by including detailed severity adjusters. We find that females, ethnic minorities and residents of deprived neighbourhoods are all systematically deprioritised, especially when EDs are busy. Our findings highlight the importance of queue prioritization as a contributor to ED inequities in access to care.

► **Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les dispositifs médicaux**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3534214/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-les-dispositifs-medicaux

La HAS publie un rapport d'analyse de 1008 événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les dispositifs médicaux (DM) déclarés à la HAS dans le cadre du dispositif national entre le 1^{er} mars 2017 et le 31 décembre 2023. Il s'adresse aux professionnels de santé, à la gouvernance des établissements de santé et aux structures régionales d'appui, notamment les OMÉDITS.

► **Guide sur la réorientation des patients à l'entrée des urgences : Orienter chaque patient dans la bonne filière de soins**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-sur-la-reorientation-des-patients-a-l-entree-des-urgences>

Le guide définit la réorientation des patients à l'entrée des urgences comme la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est redirigé

vers une offre de santé mieux adaptée à son besoin de santé par un médecin d'accueil et d'orientation ou un infirmier organisateur de l'accueil. Il est précisé que dans le cas où la réorientation d'un patient est effectuée par un infirmier organisateur de l'accueil, elle doit résulter de la mise en œuvre d'un protocole de réorientation indiquant les critères médico-sociaux de non-réorientation, rédigé par le médecin responsable des urgences et validé par l'établissement de santé. En l'espèce, la responsabilité de l'infirmier organisateur de l'accueil ne pourra être engagée que si le protocole de réorientation n'a pas été correctement appliqué.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Health Inequality and Economic Disparities By Race, Ethnicity, and Gender**

ABRAM R., BORELLA M. ET DE NARDI M.

2024

Minneapolis, Federal Reserve Bank of Minneapolis (Opportunity and Inclusive Growth Institute Working Papers 99)

<https://econpapers.repec.org/paper/fipfedmoi/98906.htm>

We measure health inequality during middle and old age by race, ethnicity, and gender and evaluate the extent to which it can explain inequalities in other key economic outcomes using the Health and Retirement Study data set. Our main measure of health is frailty, which is the fraction of one's possible health deficits and is related to biological age. We find staggering health inequality: At age 55, Black men and women have the frailty, or biological age, of White men and women 13 and 20 years older, respectively, while Hispanic men and women exhibit frailty akin to White men and women 5 and 6 years older. The health deficits composing frailty reveal that most health deficits are more likely for Black and Hispanic people than for White people, with the notable exception of those requiring a diagnosis. Imputing medical diagnoses to Black and Hispanic people uncovers even larger health gaps, especially for Black men. Health inequality also emerges as a powerful determinant of economic inequality. If Black individuals at age 55 had the health of their White peers, the life expectancy gap between these two groups would halve, and the gap in disability

duration would decrease by 40-70%. Other outcomes are similarly affected by health at age 55, indicating that targeted health interventions for minority groups before middle age could substantially reduce economic disparities in the quantity and quality of life.

► **Inequity in Child Mental Healthcare Use**

BLACK N. ET JOHNSTON D. W.

2024

Melbourne, Monash University (Monash University Center for Health Economics Working Paper 2024/12)

<https://monash-ch-econ-wps.s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/RePEc/mhe/chemon/2024-12.pdf>

We study the extent of horizontal inequity in children's mental healthcare use in Australia, where universal insurance aims to provide equitable access to needed treatment, regardless of ability to pay. We use linked longitudinal survey data and administrative records that measure the need for mental healthcare – via screening questionnaires and general practitioner (GP) diagnosis – and use of mental health professionals and medication. Using between- and within-child approaches, we find that conditional on need, children from lower income families are significantly less likely to receive services from clinical psychologists than children from higher income households. However, we see little evidence of income inequities in receiving mental health services from GPs or general psy-

chologists. We show that differences in out-of-pocket fees are a likely explanation. The findings highlight that specific support to low-income families is needed to reduce inequities in accessing a complete range of mental health services.

► **Health Inequality and Health Types**

BORELLA M., BULLANO F. A. ET DE NARDI M.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32799)
<https://www.nber.org/papers/w32799>

While health affects many economic outcomes, its dynamics are still poorly understood. We use k means clustering, a machine learning technique, and data from the Health and Retirement Study to identify health types during middle and old age. We identify five health types: the vigorous resilient, the fair-health resilient, the fair-health vulnerable, the frail resilient, and the frail vulnerable. They are characterized by different starting health and health and mortality trajectories. Our five health types account for 84% of the variation in health trajectories and are not explained by observable characteristics, such as age, marital status, education, gender, race, health-related behaviors, and health insurance status, but rather, by one's past health dynamics. We also show that health types are important drivers of health and mortality heterogeneity and dynamics. Our results underscore the importance of better understanding health type formation and of modeling it appropriately to properly evaluate the effects of health on people's decisions and the implications of policy reforms.

► **Lutter contre la pauvreté : un investissement social payant**

COLLECTIF ALERTE
2024

Paris, Collectif Alerté
<https://www.alerte-exclusions.fr/fr/nos-actions/communiques-de-presse/la-lutte-contre-la-pauvreté-un-investissement-social-payant>

La France métropolitaine compte 9,1 millions de pauvres (INSEE, 2022), soit 14,1 % de la population. L'action publique parvient à faire sortir un nombre important de personnes de la pauvreté. L'INSEE estime que les transferts fiscaux et sociaux permettent une réduction de 6,9 points du taux de pauvreté, soit 4,5 millions de personnes sorties de la pauvreté monétaire.

La France compte ainsi proportionnellement moins de pauvres que la moyenne de l'Union Européenne, mais la pauvreté résiduelle y demeure à un niveau sensiblement plus élevé que chez plusieurs de nos voisins comme l'Allemagne (+1,0 pts), les Pays-Bas (+1,1 pts) ou la Belgique (+3,1 pts). Le coût moral et social de la pauvreté n'est pas à démontrer. La lutte contre la précarité est avant tout un enjeu de dignité, de solidarité et de cohésion, de justice sociale et de bien-être. Il s'agit aussi d'une perte considérable d'opportunités, tant pour les personnes concernées que pour l'ensemble de la Nation. Pour les finances publiques, la persistance de la pauvreté engendre des coûts importants, à la fois directs et indirects. C'est aussi une perte pour l'économie française dans son ensemble, de l'ordre de 0,5 points de PIB par an.

► **Patient Choice and Socioeconomic Disparities in the Quality of Healthcare: Evidence From Swedish Registry Data**

ELLEGARD L.-M., KJELLSSON G. ET KOVACS R.
2024

Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4942536

This study explores socioeconomic disparities in how patients trade off quality against other features when choosing their primary care provider. We use a unique registry dataset linking the choices of individuals who recently moved to a new market, and therefore need to select a new provider, with detailed individual-level measures of socioeconomic status (SES) and provider-level measures of patient satisfaction, clinical quality and travel distance in a large Swedish region. We find significant disparities in patient choice based on SES, as high-SES individuals are consistently more likely to select higher quality providers. However, the results also suggest that most of the SES disparities in quality are linked to differences in the availability of high-quality providers within an acceptable travel distance. Our findings suggest that patient choice can widen, rather than reduce, disparities in population health by SES -- if spatial inequalities in access to high-quality care are not addressed beforehand.

► **Rapport d'information sur les femmes sans abri**

EVREN A., PHINERA-HORTH A.-L. ET RICHARD O.
2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-015-1-notice.html>

Les femmes sans domicile, et a fortiori celles sans abri qui passent la nuit dans la rue faute de place en hébergement d'urgence, sont régulièrement décrites comme invisibles, soit qu'elles passent inaperçues, qu'elles se cachent ou qu'elles soient victimes d'une invisibilisation. La délégation aux droits des femmes a choisi de mettre en lumière l'ampleur de cette problématique, les difficultés, les violences et les traumatismes auxquels ces femmes sont confrontées. À l'issue de dix mois de travaux, les rapporteurs formulent 22 recommandations visant à mieux connaître et repérer ces femmes, assurer une offre d'hébergement à la hauteur de leurs besoins, faciliter leur accès au logement, mieux les accompagner dans l'accès à leurs droits et leur quotidien, et soutenir et valoriser les travailleurs sociaux qui assurent cet accompagnement.

► **Poverty and Health**

LLERAS-MUNYE A., SCHWANDT H. ET WHERRY L.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32866)
<https://www.nber.org/papers/w32866>

Poverty is strongly associated with worse health across countries and within countries across individuals. However, not all poor individuals suffer from poor health: the effects of poverty on health vary across place and time. In this review, we discuss the evidence documenting these patterns, and the reasons for the associations. We then provide an overview of what is known about policies that may improve the health of the poor. We focus primarily on the modern-day United States, but also discuss evidence from historical experiences and low- and middle-income countries. Throughout we discuss areas in need of future research.

► **Patients Like Any Others? Providing Coverage to Undocumented Migrants in France: Effects on Access to Care and Usual Source of Care**

MARSAUDON A., JUSOT F., WITTWER J., et al.

2024

European journal of public health(14:ckae143): 6p.

<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckae143/7758228>

Medical State Assistance is a French public health insurance programme that allows undocumented migrants (UM) to access primary, secondary, and tertiary care services free of user charge, either premium or out-of-pocket. The objective of this study is to assess the effect of Medical State Assistance on access to healthcare services and on usual source of care (USC). We rely on representative data of 1,223 UM attending places of assistance to vulnerable populations in Paris and in the greater area of Bordeaux (France). In this sample, 51% of UM are covered by Medical State Assistance. We use probit and ordinary least square regressions to model healthcare uses of undocumented migrants. The results show that UM covered by Medical State Assistance are more likely to access outpatient healthcare services (by +22.4 percentage points) and less likely to do so on non-governmental organizations (by -6.7 percentage points) than their eligible but uncovered counterpart. Additionally, covered undocumented migrants made 36.9% more medical visits in outpatient healthcare services and 65.4% fewer visits in non-governmental organizations than eligible but uncovered ones. Moreover, covered UM are also more likely to report that primary care services are their USC, in preference to emergency departments and other outpatient care services. UM covered by Medical State Assistance are more likely to consult in outpatient healthcare services.

► **Education and Mental Health: Causal Effects and Intra-Family Spillovers**

ÖZER M. ET FIDRMUC J.

2024

Rochester, S.S.R.N. <https://www.cesifo.org/en/publications/2024/working-paper/education-and-mental-health-causal-effects-and-intra-family>

We analyze the impact of education on mental health using survey data on self-reported health of Turkish women. To deal with the potential endogeneity, we rely on a natural experiment: an increase in the

compulsory education from 5 to 8 years in 1997. The results suggest that education has a favorable effect on mental health, physical health, and being target of abusive behavior. We specifically consider intra-family spillovers, which are important: husband's education has favorable effects on the wife's mental health, and both parents' educational attainments improve mental health of children. We account for assortative mating and show that each spouse's education has a favorable impact on women's mental health, but the effect of husbands' education dominates that of wives' education. These effects are particularly pronounced among women who grew up in low-income provinces and in families without history of childhood abuse.

► **Adult Health and Inequality of Opportunity in Spain**

PEREZ-MESA D. ET MARRERO A. S.

2024

Vérone, E.C.I.N.E.Q. (Ecineq Working Paper 2024.261)

<https://www.ecineq.org/2024/07/23/adult-health-and-inequality-of-opportunity-in-spain/>

We apply the theory of inequality of opportunity to examine health inequality among adults in Spain. Using a survey module conducted by the Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) in 2017, we assess the role played by and disentangle the contributions of circumstances, efforts and lifestyles, and demographic variables in explaining adult health inequality. Additionally, we analyse the mediating role of individual education in the relationship between circumstances and health. Our findings underscore the significant relevance of unfair factors (circumstances) and demographics in the generation of adult health inequality, as opposed to the minimal contribution of fair factors (efforts and lifestyles). Furthermore, we show that education significantly influences health, mitigating the impact of certain circumstances and serving as a transmission channel for others. In light of these findings, individuals' efforts and lifestyles alone are insufficient to counterbalance unfair circumstances beyond their control. Therefore, improving circumstances and early-life factors, or reducing their impact on health through the implementation of compensatory policies, is essential for reducing health inequality and promoting equal opportunities for inclusive development.

► **Health Inequality and Economic Disparities By Race, Ethnicity, and Gender**

RUSSO N., MCGEE R. ET DE NARDI M.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32971)

<https://www.nber.org/papers/w32971>

We measure health inequality during middle and old age by race, ethnicity, and gender and evaluate the extent to which it can explain inequalities in other key economic outcomes using the Health and Retirement Study data set. Our main measure of health is frailty, which is the fraction of one's possible health deficits and is related to biological age. We find staggering health inequality: At age 55, Black men and women have the frailty, or biological age, of White men and women 13 and 20 years older, respectively, while Hispanic men and women exhibit frailty akin to White men and women 5 and 6 years older. The health deficits composing frailty reveal that most health deficits are more likely for Black and Hispanic people than for White people, with the notable exception of those requiring a diagnosis. Imputing medical diagnoses to Black and Hispanic people uncovers even larger health gaps, especially for Black men. Health inequality also emerges as a powerful determinant of economic inequality. If Black individuals at age 55 had the health of their White peers, the life expectancy gap between these two groups would halve, and the gap in disability duration would decrease by 40-70%. Other outcomes are similarly affected by health at age 55, indicating that targeted health interventions for minority groups before middle age could substantially reduce economic disparities in the quantity and quality of life.



Médicaments

Pharmaceuticals

► **Supply-Side Drug Policy, Polydrug Use, and the Economic Effects of Withdrawal Symptoms**

AHAMMER A. ET PACKHAM A.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32804)

<https://www.nber.org/papers/w32804>

Despite the fact that 30 percent of opioid overdoses also involve a benzodiazepine, there is little policy guidance on how to curb concurrent misuse and even less evidence on how changes to co-prescribing practices can affect patients' economic trajectories. In 2012, Austria restricted access to flunitrazepam, one of the most potent, and most heavily misused, benzodiazepines. We use linked individual-level data to identify opioid users and estimate the reform's impact on their health and labor market outcomes relative to a randomly selected comparison group of non-opioid users. Estimates indicate a 12.7 percent drop in employment, a 13.1 percent increase in unemployment insurance claims, and a 26.5 percent increase in overall healthcare expenditures. We provide suggestive evidence that these effects are due to incapacitating withdrawal symptoms, rather than substitution to other drugs, including heroin or alcohol.

► **The Impact of Permanent Versus Temporary Price Changes on Demand For Healthcare**

FIROUZI-NAEIM P. ET YU S.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4931915

This paper investigates the responsiveness of healthcare demand to both permanent and temporary changes in out-of-pocket prescription drug prices in Australia. Within a unified data and policy environment, we utilise survey data linked to individual-level pharmaceutical drugs claims for a cohort of over 256,000 older Australians. We compare consumer responses to accessing: 1) a universal, age-based benefit providing permanently lower drug prices; and 2) an annually resetting deductible which offers universal but temporary price reductions. Through a simulated difference-in-difference model, our analysis reveals that consumers exhibit a markedly stronger response to temporary price changes than to permanent ones. This distinction underscores the salience of spot prices and annually resetting insurance coverage, for consumer behaviour. Our findings contribute novel insights into the dynamics of healthcare demand, highlighting significant variability in response based on health status and initial price levels. The results contribute to a more nuanced understanding of health insurance design, and support improved evidence-based policymaking.



Methodology-Statistics

► **Codefinder: Optimising Stata For the Analysis of Large, Routinely Collected Healthcare Datasets. : 2024 UK Stata Conference**

BATTY J.

2024

College Station, StataCorp

<https://www.stata.com/meeting/uk24/>

Routinely collected healthcare data (including electronic healthcare records and administrative data) are increasingly available at the whole-population scale and may span decades of data collection. These data may be analysed as part of clinical, pharmacoepidemiologic and health services research, producing insights that improve future clinical care. However, the analysis of healthcare data on this scale presents a number of unique challenges. These include the storage of diagnosis, medication and procedure codes using a number of discordant systems (including ICD-9 and 10, SNOMED-CT, Read codes, etc.) and the inherently relational nature of the data (each patient has multiple clinical contacts, during which multiple codes may be recorded). Pre-processing and analysing these data using optimised methods has a number of benefits, including minimisation of computational requirements, analytic time, carbon footprint and cost. We will focus on one of the main issues faced by the healthcare data analyst: how to most efficiently collapse multiple, disparate diagnosis codes (stored as strings across a number of variables) into a discrete disease entity, using a pre-defined code list. A number of approaches (including the use of Boolean logic, the inlist function, string functions and regular expressions) will be sequentially benchmarked in a large, real-world healthcare dataset ($n=192$ million hospitalisation episodes during a 12-year period; approximately 1 terabyte of data). The time and space complexity of each approach (in addition to its carbon footprint), will be reported. The most efficient strategy has been implemented into our newly-developed Stata command: codefinder, which will be discussed.

► **Guide d'utilisation du système national des données de santé pour la surveillance et l'observation épidémiologiques**

BONNET N., CAHOUR L. ET CHESNEAU J.

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/guide-d-utilisation-du-systeme-national-des donnees-de-sante-pour-la-surveillance-et-l-observation-epidemiologiques>

Ce guide a été élaboré par l'équipe SNDS de la Direction appui, traitements et analyses des données (Data) de Santé publique France à partir de documents déjà existants (communiqués ou documents de formation du portail SNDS, documentation collaborative du SNDS du Health Data Hub, questions/réponses des forums...) et du retour d'expérience de l'utilisation des données par les auteurs. Il n'est pas exhaustif mais se veut une aide à l'utilisation des données du DCIR, du PMSI et des causes médicales de décès sur le portail SNDS. Initialement destiné aux utilisateurs de Santé publique France dans le cadre de leurs missions de surveillance de l'état de santé des populations et d'observation épidémiologique, ce guide est mis à disposition de la communauté des utilisateurs du SNDS. Ce document sera mis à jour régulièrement afin de prendre en compte, entre autres, les évolutions du SNDS.

► **Biomarkers in SHARE: Documentation of Implementation, Collection, and Analysis of Dried Blood Spot (DBS) Samples 2015 – 2023**

BORSCH-SUPAN M., ANDERSEN-RANBERG K. ET BORBYE-LORENSEN N.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32764)

<https://www.nber.org/papers/w32764>

SHARE, the “Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”, is a large population-based panel survey among people aged 50 and over with data from 28 European countries and Israel. It investigates individual, economic, health-related, and social life-course circumstances in order to shed light on the challenges of population aging for individuals and society as a whole. Understanding aging per se, and how we age

differently over the life course given our individual backgrounds, current health, and socio-economic factors, are the aims of SHARE. In order to maintain intertemporal, international and intercultural comparability, SHARE has adopted collection of objective data in the health domain. SHARE measures physical performance, such as grip strength, peak expiratory flow, walking speed, chair stand, word recall, and Euro-D depression among others in the physical, cognitive and mental health modules. In 2015, SHARE collected dried blood spot (DBS) samples as an additional objective measure of health. Eleven European countries and Israel participated in the DBS collection. The collection was harmonized in terms of designing documents, gaining consent, procuring blood-collection material, and training interviewers how to collect DBS samples while observing the national ethic and administrative regulations in all countries. Altogether, approximately 27,200 respondents consented, resulting in an overall participation rate of 67% with considerable differences between countries and interviewers. This report describes the carefully monitored processes of gaining consent for DBS collection and for the implementation, collection and evaluation of the to-date largest DBS-based study of a representative adult population in Europe. We also describe the choice of blood biomarkers, the assays employed to determine the blood biomarker concentrations in DBS collected in the home of survey respondents and the validation and adjustment of the laboratory results for the impact of sample collection in a non-medical environment. Finally, we present the data obtained for seven out of 17 blood biomarkers. The data for the remaining ten biomarkers analyzed at the Statens Serum Institut will follow in a separate release.

► **Difference-In-Differences For Health Policy and Practice: A Review of Modern Methods**

FENG S., GANGULI I. ET LEE Y.

2024

Ithaca , arXiv

<https://econpapers.repec.org/paper/arxpapers/2408.04617.htm>

Difference-in-differences (DiD) is the most popular observational causal inference method in health policy, employed to evaluate the real-world impact of policies and programs. To estimate treatment effects, DiD relies on the “parallel trends assumption”, that on average treatment and comparison groups would have had

parallel trajectories in the absence of an intervention. Historically, DiD has been considered broadly applicable and straightforward to implement, but recent years have seen rapid advancements in DiD methods. This paper reviews and synthesizes these innovations for medical and health policy researchers. We focus on four topics: (1) assessing the parallel trends assumption in health policy contexts; (2) relaxing the parallel trends assumption when appropriate; (3) employing estimators to account for staggered treatment timing; and (4) conducting robust inference for analyses in which normal-based clustered standard errors are inappropriate. For each, we explain challenges and common pitfalls in traditional DiD and modern methods available to address these issues.

► **Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)**

ESPAGNACQ M., SERMET C. ET REGAERT C.

2024

Paris, Irdes ([Les rapports de l'Irdes 592](https://www.irdes.fr/recherche/rapports/592-faisabilite-d-identification-des-personnes-a-risque-de-handicap-fish-a-partir-des-donnees-snds.pdf))

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/592-faisabilite-d-identification-des-personnes-a-risque-de-handicap-fish-a-partir-des-donnees-snds.pdf>

Ce deuxième rapport sur la méthodologie élaborée pour créer un indicateur visant à identifier les personnes avec des limitations dans leur activité quotidienne à partir de leurs consommations de soins, Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish), se concentre sur l'algorithme identifiant les limitations provoquées par des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic), à partir du Système national des données de santé (SNDS). Après avoir présenté les spécificités de cet algorithme et les traceurs utilisés pour cette identification, les résultats issus de cet algorithme sont discutés et comparés aux données de l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) de 2021. De 2012 à 2019, l'algorithme repère 4,5 millions de personnes avec une limitation avérée à la suite d'un trouble Pic en 2019, soit environ 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS et vivante en 2019. La majorité des personnes repérées ont des troubles psychiques seuls (2,8 millions) ou des troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 des troubles exclusivement intellectuels ou cognitifs. Cette population avec

des troubles Pic est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. Si les données de l'algorithme et de l'enquête VQS sont proches pour le repérage aux âges jeunes, Fish repèrera davantage de troubles aux âges adultes, notamment les troubles psychiques, plus présents chez les femmes, et il identifierait moins bien les troubles du très grand âge à domicile. Ces éléments seront affinés lors de l'étude des enquêtes Autonomie et VQS appariées aux données du SNDS. Le travail présenté ici sera poursuivi au sein du projet Rish (Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap), avec l'appui du Health Data Hub (HDH) dans le cadre du programme Boas (Bibliothèque ouverte d'algorithmes en santé), afin de mettre à disposition les programmes.

► **The Importance of Sampling Frequency For Estimates of Well-Being Dynamics**

HOSKINS S., JOHNSTON D.-W. ET KUNZ J.-S.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17101)

<https://www.iza.org/publications/dp/17101/the-importance-of-sampling-frequency-for-estimates-of-well-being-dynamics>

Using a high-frequency panel survey, we examine the sensitivity of estimated self-reported well-being (SWB) dynamics to using monthly, quarterly, and yearly data. This is an important issue if SWB is to be used to evaluate policy. Results from autoregressive models that account for individual-level heterogeneity indicate that the estimated persistence using yearly data is near zero. However, estimated persistence from monthly and quarterly data is substantial. We estimate that persistence to shocks typically lasts around six months and has a net present value of 75-80 per cent of the contemporaneous effect. Estimates are similar for different domains of SWB.

Health Policy

► **Notre santé : 7 questions, 7 réponses**

GRIMALDI A. ET BOURDILLON F.

2024

Paris, Editions Odile Jacob

Crise des urgences, déserts médicaux, épidémie des maladies chroniques, insuffisance de la prévention, ruptures de médicaments anciens essentiels et coût exorbitant des nouveaux traitements, tels sont les grands défis de santé auxquels nous sommes confrontés. Face à la pénurie de médecins, d'infirmières, de lits, de médicaments, les gouvernements successifs ont empilé les rustines. Notre système fracturé, soumis à la contrainte budgétaire, est à bout de souffle, tandis que se développe le business de groupes financiarisés. Une autre politique est cependant possible. Mais le Conseil national de la refondation (CNR) annoncé après la pandémie est mort-né. La démocratie sanitaire est en panne. Le débat est confisqué. André Grimaldi et François Bourdillon, partant des préoccupations des patients et s'appuyant sur leurs expériences respectives, présentent des solutions concrètes pour la refon-

dation de notre système de santé (4è de couv.)

► **Santé périnatale et son organisation**

GUILLOTIN V.

2024

Paris, Sénat (Les Rapports du Sénat 45)

<https://www.senat.fr/salle-de-presse/dernieres-conferences-de-presse/page-de-detail-1/sante-perinatale-et-son-organisation-3543.html>

À la demande du groupe RDSE, le Sénat a constitué une mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale. En effet, les indicateurs de santé des mères et nourrissons ne progressent plus, voire se dégradent. De plus, certaines maternités présentent des fragilités préoccupantes. Partant de ces constats, la mission sénatoriale s'est intéressée aux déterminants de cette situation ainsi qu'à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé des parturientes et de leurs enfants à naître ou nouveau-nés. À l'issue de six mois de travaux et d'une

trentaine d'auditions, éclairée également par une étude d'opinion publiée en mai dernier, la mission d'information constate la nécessité d'une réponse urgente et organisée à cette situation. La rapporteuse formule ainsi une série de recommandations visant à renforcer le suivi pré-natal et post-natal et à permettre, dans un contexte constraint, une évolution de l'offre de soins périnatals répondant à un haut niveau de sécurité sans dégrader l'accessibilité des soins sur le territoire.

► Plan 100 % CPTS

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/le-plan-100-cpts>

Pour répondre à cet objectif un rapport produit par 3 personnalités qualifiées a été rendu au ministère : ses propositions ont largement contribué à l'élaboration d'un plan 20 actions, qui doivent permettre de couvrir l'ensemble de la population française en CPTS. Les 5 axes du plan : animer le déploiement des CPTS et évaluer leur impact; étendre la couverture en CPTS à 100 % de la population; faire connaître et mobiliser les professionnels de santé dans et en dehors des CPTS; accompagner les CPTS dans la réalisation de leurs missions et consolider et outiller la gestion des CPTS. Les indicateurs de suivi de ce plan comprennent le pourcentage de la population couverte par une CPTS, ainsi que la part de professionnels adhérents et actifs au sein de chaque CPTS.

► Améliorer la qualité en santé - Rapport d'analyse prospective 2024

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024

Saint-Denis-La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3546254/fr/ameliorer-la-qualite-en-sante-rapport-d-analyse-prospective-2024

L'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements constitue un axe stratégique permanent pour la HAS. Cette dernière revient dans son analyse sur le prérequis à la qualité que constitue l'accès pour tous les citoyens au système de santé. Elle souligne le caractère complexe et multidimensionnel de la qualité et propose en conséquence cinq leviers prioritaires à mobiliser par la puissance publique : une offre en santé de qualité convenablement répartie, une plus

forte coordination des acteurs, un élargissement du suivi de l'amélioration de la qualité des parcours en santé, un soutien plus grand en faveur de la participation des personnes et un investissement impératif dans la prévention en santé. Si ces axes d'intervention sont primordiaux, ils ne sont pas suffisants, la HAS évoque ainsi d'autres actions nécessaires à l'amélioration de la qualité en santé.

► Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle

TELLIER-POULAIN M.

2024

Paris, Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/publications/politique-de-sante-pour-une-strategie-pluriannuelle>

Si l'idée n'est pas nouvelle, la concrétisation de la pluriannualité en santé est complexe. Cette note vise à construire, en s'appuyant sur les travaux existants, l'architecture opérationnelle d'une politique de santé pensée et pilotée pour le long terme. Il en va de l'avenir de notre système de santé, qui ne permet plus aujourd'hui de garantir un accès aux soins équitable et de qualité sur l'ensemble du territoire français. La santé est pourtant au cœur de notre modèle social français. 83 % des Français la considèrent comme prioritaire en 2023 selon un sondage IFOP. Elle représente également un des postes de dépenses les plus importants de nos finances publiques avec 12 % du PIB français qui lui était consacré en 2022 selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Ce financement public assumé sert un système de soins offrant aux Français un des restes à charge les plus bas d'Europe. Pourtant, l'organisation et le financement de ce système, qui ont longtemps assuré sa pérennité, se retrouvent aujourd'hui mis en échec à cause de politiques publiques déployées trop souvent pensées à court terme. Aussi, il devient indispensable de réfléchir aux nouvelles exigences de santé auxquelles doit répondre le système que sont le besoin impérieux de renforcer la prévention, la construction d'un environnement propice à l'innovation, la nécessité de transformer l'organisation des soins et l'acceptabilité des mesures dans un contexte financier incertain.

► **Healthy Patient, Healthy Planet:
How Better Chronic Disease Management
Benefits Both Health and the Environment**

WOXTROM S.

2024

Eurohealth 30(2): 34-36.

[https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/shifting-sands-of-health-democracy-demographics-digitalisation-\(eurohealth\)](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/shifting-sands-of-health-democracy-demographics-digitalisation-(eurohealth))

Mounting pressure from non-communicable diseases on Europe's health systems is being exacerbated by the impact of climate change, with greater health-

care resource utilisation increasing greenhouse gas emissions. This threatens to create a vicious cycle. We urgently need to shift from reactive 'sick care' models to a proactive approach emphasising prevention, early diagnosis and effective treatment. Public-private partnerships piloting innovative programmes to increase healthcare efficiency and reduce environmental impact have demonstrated initial success. Governments can work to integrate health, economic and environmental policies and scale up best practices to achieve the best outcomes for patients and the planet.

Politique sociale Social Policy

► **Dépenses sociales et médico-sociales
des départements en 2023**

REYNARD R.

2024

Paris, Editions de l'Odas

<https://odas.net/actualites/rapport-complet-enquete-annuelle-depenses-sociales-et-medico-sociales-des-departements>

D'abord mis à disposition des adhérents de l'Odas lors de leur publication en juin 2024, les résultats de notre enquête annuelle, qui décortique et analyse l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements, sont désormais accessible au grand public. Pour les comptes de 2023, l'observatoire a réalisé cette enquête avec le concours d'un échantillon représentatif de 47 départements.

Politique publique

Public Policy

► La protection de l'enfance est en danger : les préconisations du CESE

BIGOT J. ET TOMÉ-GERTHEINRICH S. E.

2024

Paris, Cese

[https://www.lecese.fr/actualites/la-protection-de-l'enfance-est-en-danger-le-cese-adopte-lavis](https://www.lecese.fr/actualites/la-protection-de-l-enfance-est-en-danger-le-cese-adopte-lavis)

Saisi par le Président du Sénat pour dresser le bilan des trois lois de la protection de l'enfance, le CESE pointe la crise systémique de la protection de l'enfance : pas de statistiques, pas d'évaluations, peu de contrôles, des ressources et des moyens budgétaires insuffisants, une non-exécution préoccupante de décision de justice, une gouvernance complexe et mal coordonnée, de

graves problèmes de recrutements et de valorisation des métiers... Il alerte sur des dysfonctionnements qui persistent ou s'aggravent et l'énorme décalage qui se révèle entre le cadre protecteur et complet des lois existantes et leur application sur le terrain. La protection de l'enfance est un cas d'école de la non effectivité des politiques sociales. Le déficit d'ambition collective, la désorganisation et l'épuisement des acteurs ont pour conséquence la mise en danger de l'enfant. La protection de l'enfance est un enjeu majeur dont la société entière doit se saisirurgemment. C'est pourquoi le CESE formule 20 préconisations pour un parcours de protection centré sur les droits et besoins de l'enfant.

Prévention

Prevention

► Surveillance de la grippe en France, saison 2023-2024

CAMPÈSE C.

2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(19): 414-427.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/19/2024_19_1.html

Cet article présente une synthèse des données épidémiologiques et virologiques de l'épidémie grippale survenue en France durant la saison 2023-2024. L'analyse descriptive porte sur les données cliniques et virologiques provenant de la surveillance des infections respiratoires aiguës, incluant les syndromes grippaux en médecine de ville, des données issues de la surveillance de la grippe et des syndromes grippaux aux urgences, des données virologiques issues des hôpitaux, des données cliniques des cas graves de grippe hospitalisés en services de réanimation. Elle inclut également les signalements d'épisodes d'infections respiratoires aiguës dans les établissements médico-sociaux, dont les collectivités de personnes

âgées, ainsi que les données de mortalité issues de la certification électronique des décès. En France hexagonale, l'épidémie de grippe de la saison 2023-2024 a débuté fin décembre (S51-2023), a atteint son pic fin janvier-début février et s'est terminée fin février (S08-2024), soit une durée de 10 semaines. Une co-circulation des virus grippaux A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) a été observée, avec une prédominance marquée du sous-type A(H1N1)pdm09. L'activité de l'épidémie tous âges confondus a atteint un niveau d'intensité modéré en médecine de ville et élevé à l'hôpital.

► **Observatoire de l'accès au numérique en santé – deuxième édition : Améliorer la prévention en santé des publics vulnérables**

FONDATION ROCHE

2024

Boulogne-Billancourt, Fondation Roche

<https://fondationroche.org/nos-initiatives/observatoire-numerique-sante-edition-2/>

Manger cinq fruits et légumes au quotidien, marcher au moins 10 000 pas par jour, être à jour de ses vaccins, surveiller son poids, éviter l'exposition aux rayonnements UV... Les recommandations de prévention en santé, y compris le dépistage précoce des maladies, font partie intégrante de notre quotidien. Mais la mise en œuvre des politiques publiques en matière de prévention demeure complexe et leur efficacité est souvent difficilement mesurable. Si les actions de communication sont essentielles pour accompagner la population vers l'adoption de comportements vertueux, elles atteignent inégalement les citoyens, en particulier les publics vulnérables qui sont plus exposés à ces facteurs de risque.

► **Investing in Vaccines to Mitigate Harm From COVID-19 and Future Pandemics**

GLENNERSTER R., CHE C. ET CHETHIK S. M.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32984)

<https://www.nber.org/papers/w32984>

This paper evaluates the social value of investing in vaccine research, development, and manufacturing capacity for pandemic preparedness and response. Rapid vaccination during pandemics can significantly reduce mortality, economic losses, and societal disruptions. However, vaccine manufacturers often lack sufficient incentives for speed and capacity expansion. Strategic policies by governments and international organizations could enhance these incentives and improve equitable vaccine distribution.

► **Reimagining Prevention For a Healthier, More Prosperous Society**

HAMPSON G., NERI M. ET NAPIER M.

2023

Londres, O.H.E.

<https://www.ohe.org/wp-content/uploads/2023/10/Reimagining-Prevention-Whitepaper-OHE.pdf>

In this report, we highlight the significance of prevention as a cost-effective and often cost-saving investment for public sector resources. Prevention, covering primary, secondary, and tertiary measures, can help to reduce ill health, improve healthcare capacity, and increase wider economic growth. Despite being recognised as a priority, only 5% of total NHS funding was allocated to preventative care between 2013 and 2019. The public health grant to local authorities has declined since 2015/16, being cut by over a quarter (26%) in real terms per person by 2023/24. Primary prevention through public health interventions is substantially cost-saving, with a median return on investment (ROI) of more than 14:1. Investing in prevention can be 3-4 times more cost-effective than investing in treatment. Welfare payments to individuals with (partially) preventable conditions, like obesity, are substantial (£3.6 billion annually). Recommendations for improvement include long-term cross-party agreement, innovative financing both within and outside NHS budgets (e.g., social impact bonds, dedicated prevention fund), and exploring new opportunities (precision medicine, digital health).

► **Les indicateurs de la santé des adolescents recommandés par le groupe consultatif de l'action mondiale pour évaluer la santé des adolescents mondial : Orientations pour le suivi de la santé des adolescents aux niveaux national, régional et mondial**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2024

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240092198>

Environ 1,3 milliard de la population mondiale sont des adolescents, définis comme étant âgés de 10 à 19 ans. Les adolescents supportent de longues périodes d'exposition aux risques pour leur santé et en subissent les conséquences, mais sont souvent les moins capables d'influencer leur environnement et de prendre des décisions pour leur propre bien-être. Historiquement, le monde a manqué un ensemble complet d'indica-

teurs sur la santé des adolescents, ce qui a entravé le développement efficace de politiques et d'interventions spécifiques à l'âge et le suivi des progrès vers les objectifs de santé. Ce document présente une liste de 47 indicateurs recommandés par l'Action mondiale pour évaluer la santé des adolescents (GAMA), établie en 2018 par l'OMS en collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNESCO, l'UNFPA, l'UNICEF, ONU Femmes, le Groupe de la Banque mondiale et le Programme alimentaire mondial.

► **Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé**

PRADIER C. ET BARDOU L.

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/avis/avis-d-experts-relatif-a-la-prevention-de-l-obesite-dans-le-contexte-des-inegalites-sociales-de-sante>

L'inquiétude face au développement endémique de l'obésité est importante. Il est bien établi que la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée dans les milieux les moins favorisés et ce, dans tous les pays développés à économie de marché (PDEM), dont la France. La recherche française est extrêmement active à la fois dans l'étude des mécanismes économiques impliqués dans les inégalités sociales de santé et les choix nutritionnels, mais aussi dans l'étude des relations entre les caractéristiques des milieux de vie (quartiers) et l'indice de masse corporelle (recherches Record et Spotlight). Les chercheurs français se sont aussi investis dans l'évaluation scientifique d'interventions. Les projets mis en œuvre concernent par exemple, le dépistage du surpoids chez des enfants en bas âge (Repop), les interventions favorisant l'activité physique au niveau des collèges (Icaps), la lutte contre le surpoids des enfants à partir de leviers municipaux (Fleurbaix-Laventie, Epode, Vivons en forme), les interventions mobilisant le principe de l'« universalisme proportionné » auprès de lycéens en surpoids (Pralimap-Inès), les opérations globales ciblant tous les enfants d'une région entière (Aquitaine), la distribution de bons gratuits pour obtenir des fruits et légumes, ou encore l'aide aux choix d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle sans coût supplémentaire pour les adultes des quartiers défavorisés (Opticourses, Manger Top).

► **Health Economics Evaluation of Artificial Intelligence in the Field of Oncology: A Scoping Review**

TUN H.-M., RAHMAN H.-A. ET NAING L.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4959924

Background: The ageing and growing populations, increased rates of illness such as cancer along with an increase in the number of patients using healthcare services contribute to the rising cost of medical care. Integrating Artificial Intelligence (AI) into oncology is revolutionizing cancer diagnosis, treatment, and management, promising enhanced efficiency and precision. Furthermore, AI could reduce estimated healthcare costs by 5 -10 per cent each year in the US but AI integration depends on buy-in from stakeholders especially physicians who utilize the system.

Methodology: A scoping literature review was conducted using PRISMA-ScR guidelines from multiple databases, including PubMed, Scopus, and Google Scholar for articles published in the last five years. Two reviewers independently screened, included full texts, extracted data, and appraised the studies. The quality assessment of the studies included was performed using the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards Artificial Intelligence (CHEERS-AI) and the Philips checklist. Additionally, economic risk and benefit analysis on the scoping review was conducted. **Results:** Out of 870 studies identified, 12 were selected for the scoping review based on the selection criteria. Most studies, published from 2022 onward, focused on colorectal cancer (5 studies), and breast and lung cancers (2 each), with one each on cervical and prostate cancers. 10 studies addressed early-stage care, while two focused on diagnostics. Geographically, 12 studies were from Europe, 4 from America, and 2 from Asia. The predominant analysis type was cost-effectiveness ($N = 9, 75\%$), with the Markov model being the most common approach. The studies typically used a healthcare system perspective ($N = 6, 50\%$) and examined AI's cost-effectiveness in medical imaging ($N = 5, 42\%$) and biomarkers ($N = 4, 33\%$). Time horizons varied from less than a year to a lifetime, with most applying a 3% discount rate. With the average CHEERS-AI checklist quality score of 80%, all studies highlighting significant economic benefits, such as increased sensitivity, lower costs, streamlined workflows, reduced workload, fewer recall appointments, optimized treatment, and enhanced patient outcomes

all contributing to cost savings. In contrast, it also features economic risks, such as uncertainties around AI reimbursement, the need for long-term validation, data security concerns, and potential costs of errors in AI models. Conclusion: The scoping review highlights the necessity for thorough health economic evaluations of AI integration in oncology. Although AI technologies are cost-effective, there is a gap in user perspectives and considerations of health equity, regulation, and ethics. To maximize its benefits, future research should include a comprehensive economic evaluation of a more diverse population for the effective adoption of AI into the healthcare system.

► **Mesures préventives appliquées par les enseignantes et enseignants en France durant la pandémie de Covid-19, en comparaison aux autres salariés dans la cohorte Constances**

WENTA J., BILLAUDEAU N. ET KAB S.

2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(14): 296-304.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/14/2024_14_2.html

Les enseignants jouent un rôle de modèle pour les élèves, faisant de leur application des mesures sanitaires un enjeu de santé publique. L'objectif de cette étude était de situer leurs pratiques en France pendant la pandémie de Covid-19 en comparaison à d'autres salariés en tenant compte de l'interaction potentielle avec le genre.

Prevision-Evaluation

► **Rapport d'information relatif à l'évaluation territoriale du dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne à l'école »**

GOSSELIN B. ET DARCOS L.

2024

Paris, Sénat

<https://politique.pappers.fr/document/redonner-souffle-30-minutes-dactivite-physique-quotidienne-lecole-ameliorer-sante-eleves-SNRAPP115895>

Lancé en février 2020 par le comité d'organisation des jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 dans le cadre de son programme « héritage », le dispositif des 30 minutes d'activité physique quotidienne (APQ) vise à lutter contre la sédentarité des enfants. Il s'adressait initialement à des écoles volontaires. L'année 2022 constitue une année charnière pour celui-ci, en raison d'une part, de sa reprise en main par le ministère de l'éducation nationale et d'autre part, de l'annonce en juin par le Président de la République de sa généralisation dès septembre à l'ensemble des écoles primaires.

► **Indicateurs de performance du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2020-2021**

QUINTIN C. ET D'ARCO A.

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/bulletin-national/indicateurs-de-performance-du-programme-national-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-periode-2020-2021>

La proportion de personnes avec un test de dépistage positif avait augmenté fortement au moment du changement de test en 2015. Elle est depuis en baisse régulière (de 4,5 % en 2016-2017 à 3,6 % en 2020-2021). La proportion de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif diminue par rapport aux périodes précédentes et s'établit à 82,6 % en 2020-2021, ce qui est inférieur au repère européen considéré comme « acceptable » de 85 %. Douze régions sur 17 ont une proportion inférieure à ce seuil en 2020-2021

Psychiatry

► The Impact of PhD Studies on Mental Health - a Longitudinal Population Study

BERGVALL S. ET FERNSTROM C.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4921981

We study the impact of PhD studies on mental health care uptake using Swedish administrative records for the full population of PhD students. We find that, in the years preceding PhD studies, prospective students collect psychiatric medication at a rate similar to that of a matched sample of individuals holding a master's degree. However, immediately following the start of PhD studies, the use of psychiatric medication among PhD students increases sharply. This upward trend continues throughout the course of PhD studies, with estimates showing a 40 percent increase by the fifth year compared to pre-PhD levels.

► The Declining Mental Health of the Young in the UK

BLANCHFLOWER D. G., BRYSON A. ET BELL D. N. F.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32879)

<https://www.nber.org/papers/w32879>

We show the incidence of mental ill-health has been rising especially among the young in the years and especially so in Scotland. The incidence of mental ill-health among young men in particular, started rising in 2008 with the onset of the Great Recession and for young women around 2012. The age profile of mental ill-health shifts to the left, over time, such that the peak of depression shifts from mid-life, when people are in their late 40s and early 50s, around the time of the Great Recession, to one's early to mid-20s in 2023. These trends are much more pronounced if one drops the large number of proxy respondents in the UK Labour Force Surveys, indicating fellow family members underestimate the poor mental health of respondents, especially if those respondents are young. We report consistent evidence from the Scottish Health Surveys and UK samples from Eurobarometer surveys. Our findings are consistent with those for the United States and

suggest that, although smartphone technologies may be closely correlated with a decline in young people's mental health, increases in mental ill-health in the UK from the late 1990s suggest other factors must also be at play.

► Le TDS : une stratégie de survie pour les personnes neuroatypiques

CATIN M.

2024

Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(40): 43-48.

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Les travailleurs et travailleuses du sexe font face à des difficultés d'accès aux soins mentaux qui leur sont propres. D'abord, les personnes exerçant cette activité cumulent bien souvent les facteurs de vulnérabilité, comme l'absence de papiers, une neuroatypie, ou encore, un contexte économique et familial déséquilibré. Au quotidien, ces personnes subissent également les biais imposés par la société et les pouvoirs publics quant à leur conception du travail du sexe, le considérant comme dégradant et aggravant des pathologies mentales, alors que le travail du sexe est souvent considéré par les personnes qui l'exercent comme un exutoire.

► The ESG Determinants of Mental Health Index Across Italian Regions: A Machine Learning Approach

EMANUELA R. ET GIANCARLO L.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4865502

The following article analyses the relationship between the mental health index and the variables of the Environment, Social and Governance-ESG model in the Italian regions between 2004 and 2023. First of all, a static analysis is proposed aimed at identifying trends relating to mental health in the Italian regions

with indication of the regional gaps. Subsequently, a clustering with k-Means algorithm is proposed. Below is a comparison of 11 machine learning algorithms for predicting the performance of the mental health index. Finally, the article offers some economic policy suggestions. The results are critically discussed in light of the scientific literature.

► **Les freins à l'accès aux soins de santé mentale constatés par le Défenseur des droits**

FROMENTIN P.

2024

Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(40): 49-53

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Le Défenseur des droits est une autorité administrative indépendante qui veille au respect des droits et des libertés. Ses missions incluent le traitement des réclamations individuelles et la promotion des droits de manière systémique, notamment en matière de santé. En 2023, l'institution a enregistré près de 100 000 réclamations, principalement concernant les services publics. Le Défenseur des droits intervient également pour garantir l'application effective de la législation et traite des questions liées à la santé mentale, notamment pour les populations vulnérables. L'institution souligne les défis auquel fait face le système de santé et en particulier le secteur psychiatrique, qui impactent l'accès aux soins. Elle œuvre pour favoriser l'égal accès aux soins, notamment des personnes vulnérables comme les enfants ou les personnes en situation de vulnérabilité économique.

► **Le rôle des pouvoirs publics en matière de santé mentale**

GUETTAI S. ET BENSAADA A.

2024

Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(40): 9-12

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Le maire joue un rôle central dans la coordination de la sécurité et la prévention de la délinquance sur son territoire, en collaboration avec divers acteurs tels que

la police, les pompiers et les services sociaux. Ce rôle, renforcé par la loi de 2007 et celle de 2021, implique la mise en place d'équipes techniques pour gérer et adapter les interventions en fonction des besoins locaux. Les techniciens coordonnent les actions et collaborent avec différentes parties prenantes pour anticiper et répondre aux situations de marginalité et de vulnérabilité. Une approche holistique et empathique est adoptée, mettant l'accent sur la détection précoce des risques, l'intervention personnalisée et le respect des personnes, tout en assurant leur accès aux soins adaptés.

► **Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

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

Après 16 étapes et autant de villes visitées, après des heures d'échanges et plus d'un millier de personnes rencontrées, les constats, interrogations partagées, écueils éventuels, bonnes pratiques et innovations repérées ont été rassemblées dans un document disponible sous ce lien. L'analyse de ces constats permet de formuler 16 propositions pouvant guider une actualisation de l'instruction de 2018 et mieux garantir le succès de la prochaine génération des PTSMS.

► **The Effect of Smoking Cessation on Mental Health: Evidence From a Randomized Trial**

MECKEL K. ET RITTENHOUSE K.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4891810

One in nine Americans smokes cigarettes, and a disproportionate share of smokers suffer from mental illness. Despite this correlation, there exists little rigorous evidence on the effects of smoking cessation on mental health. We re-use data from a randomized trial of a smoking cessation treatment to estimate short and long-term impacts on previously un-analyzed measures of mental distress. We find that smoking cessation increases short-run mental distress, while reducing long-run distress. We provide suggestive evidence on mechanisms including physical health, marriage,

employment and substance use. Our results suggest that cessation efforts and mental health supports are complementary interventions in the short run and provide new evidence of welfare gains from cessation in the long run.

► **La santé mentale des SDF : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public**

LANGLARD G.

2024

Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(40): 32-37

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

La population des personnes sans domicile fixe est particulièrement hétérogène et traversée par des facteurs de vulnérabilité divers, comme l'alcoolisme, la toxicomanie et l'absence de papiers d'identité, ce qui a pour effet de les marginaliser. En reflet de ce constat, la littérature montre une surmortalité des troubles psychiatriques chez les SDF, dont l'accès aux soins est entravé par l'instabilité de leur situation, mais également par la perte d'identité dont ils peuvent être victimes par l'exclusion sociale, le manque de sécurité, et la déshumanisation, montrant l'importance des actions créatrices de lien social.

► **Suivi de la mise en place régionale du dispositif VigilanS et facteurs associés à la réitération suicidaire en Auvergne-Rhône-Alpes, 2017-2021**

MINA-BILLARD E., CASAMATTA D. ET LEAUNE E.

2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(15): 323-331.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/15/2024_15_3.html

VigilanS est un dispositif national de recontact des patients hospitalisés pour tentative de suicide (TS), visant à réduire le risque de réitération suicidaire et décliné en 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). L'objectif principal est d'évaluer l'évolution du taux de réitération suicidaire à six mois en ARA en lien avec l'ouverture des centres VigilanS, entre 2017 et 2021 et d'identifier les facteurs associés à la réitération

► **La santé mentale en France**

PORTA BONETE F. ET VAUTARD A.

2024

Bordeaux, LEH Editions

Avec treize millions de personnes concernées chaque année par un trouble psychique en France, la « médecine de l'âme » s'est installée au cœur de la santé publique de ce XXI^e siècle. Jamais les Français n'ont été si nombreux à s'intéresser à la santé mentale et à la psychiatrie. Toutefois, la morosité règne parmi les acteurs des soins, les patients et leurs proches : listes d'attentes interminables pour obtenir un rendez-vous, difficultés d'accès à certaines thérapeutiques, déstabilisation due à la crise de la Covid-19, discours simplistes ou caricaturaux... La psychiatrie a pourtant profondément évolué au cours des dernières décennies. Ce livre est donc né d'une double ambition. D'une part, permettre au lecteur d'embrasser ce que sont santé mentale et psychiatrie en France au quart de ce siècle. D'autre part, porter un plaidoyer citoyen, afin de faire de la psychiatrie une grande cause nationale. Trois axes structurent l'ouvrage : les troubles et thérapeutiques; l'organisation des soins; la place de la santé mentale dans nos sociétés avec l'éclairage des sciences humaines. De façon inédite, 114 auteurs, issus de toute la France, médecins, directeurs d'hôpitaux, universitaires, soignants, personnes concernées, représentants institutionnels, dessinent, chacun dans leur champ, les grands enjeux d'aujourd'hui et de demain, pour imaginer le monde d'après (4^e de couv.)

► **Despair and Death in the United States**

RUHM C-J

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32978)

<https://www.nber.org/papers/w32978>

Increases in “deaths of despair” have been hypothesized to provide an important source of the adverse mortality experiences of some groups at the beginning of the 21st century. This study examines this possibility and uncovers the following primary findings. First, mental health deteriorated between 1993 and 2019 for all population subgroups examined. Second, these declines raised death rates and contributed to the adverse mortality trends experienced by prime-age non-Hispanic Whites and, to a lesser extent, Blacks from 1999-2019. However, worsening mental health is not the predominant explanation for them. Third, to extent these relationships support the general idea of

"deaths of despair", the specific causes comprising it should be both broader and different than previously recognized: still including drug mortality and possibly alcohol deaths but replacing suicides with fatalities from heart disease, lower respiratory causes, homicides, and conceivably cancer. Fourth, heterogeneity in the consequences of a given increase of poor mental health are generally more important than the sizes of the changes in poor mental health in explaining Black-White differences in the overall effects of mental health on mortality

► Santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance

SEVERINO E.

2024

Paris, Terra Nova

<https://tnova.fr/societe/sante/sante-mentale-des-jeunes-places-de-laide-sociale-a-lenfance/>

La moitié des mineurs de l'aide sociale à l'enfance souffre de troubles psychiques . C'est cinq fois plus que la moyenne nationale. Alors que la gestion des traumatismes est indispensable pour construire leur destin d'adulte, la santé mentale est pour eux la dernière des priorités. Il est impératif de revoir notre approche de la santé mentale des enfants de l'ASE. Les soins psychiques devraient être considérés comme une évidence dans le cadre d'une expérience qui est l'une des plus traumatisantes que l'on puisse imaginer. Ils doivent être intégrés de manière systématique et prioritaire dans le cadre de leur prise en charge.

► Accès aux soins de santé mentale pour les personnes placées sous-main de justice

THIRAUT A. ET PINEDA D.

2024

Journal de droit de la santé et de l' assurance maladie(40): 27-31

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Les conditions et les obstacles à l'accès aux soins mentaux des personnes placées sous-main de justice diffèrent selon que ces personnes soient incarcérées ou non. En ce qui concerne les personnes incarcérées, les freins les plus impactants sont la surpopulation des prisons, la difficulté à prendre en charge des publics fragilisés, nécessitant des prises en charge adaptées,

ou encore, le respect de la vie privée et du secret médical. Les personnes non-détenues, elles, rentrent dans le cadre de la sectorisation de la psychiatrie, et sont confrontés à la saturation des structures de soins ambulatoires.

► Droit et santé mentale des migrants, quels liens ?

TORTELLI A.

2024

Journal de droit de la santé et de l' assurance maladie(40): 38-42 .

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Le risque augmenté de développement de troubles psychiatriques chez les migrants par rapport à la population native est étroitement lié à des facteurs environnementaux, dont l'accès aux droits dans toutes ses représentations. Ces facteurs ont un impact sur leur rétablissement et doivent être pris en considération dans le projet de soins.

► Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale

VANDENDOOREN S.

2024

Journal de droit de la santé et de l' assurance maladie(40): 13-17

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

La vulnérabilité, universelle et individuelle, dépend du contexte et des protections disponibles. Les politiques de santé publique modernes cherchent à prévenir la vulnérabilité en reconnaissant sa complexité. Les inégalités de santé, notamment mentale, sont influencées par des facteurs sociaux souvent sous-dокументés, rendant cruciales les études épidémiologiques. Des enquêtes menées par l'Observatoire du Samu social de Paris, comme SAMENTA et ENFAMS révèlent l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des personnes sans logement. Les troubles psychiatriques sévères peuvent affecter particulièrement cette population, exacerbés par les conditions de vie difficiles et les violences subies. Les familles sans logement, notamment, cumulent des risques de précarité et de migration, impactant fortement leur santé mentale.

L'accès aux soins est souvent entravé par des barrières structurelles. La réponse à la vulnérabilité sociale requiert une approche globale et intégrée, combinant des actions universelles et ciblées, pour renforcer la résilience des individus et améliorer leur bien-être.

Sociology of Health

► **Introduction à la santé globale**

CHABROL F. ET GAUDILLIERE J. P.

2023

Paris, Editions La Découverte

https://www.editionsladecouverte.fr/introduction_a_la_sante_globale-9782348081019

Depuis la pandémie de Covid-19, la santé globale est à l'honneur. À quoi ce terme fait-il référence ? Au-delà des menaces épidémiques, il renvoie à une construction économique, sociale et politique ; un champ d'action qui s'est structurée à partir des années 1990. Conjonction d'acteurs, de savoirs et de pratiques, cette forme de gouvernement mondial de la santé rompt avec celles qui l'ont précédée, mais aussi en hérite la médecine tropicale imposée par les empires coloniaux aussi bien que la santé publique internationale promue par l'ONU après les décolonisations. Cet ouvrage prend pour objet cette mondialisation de la santé, caractérisée par des assemblages globaux. Il analyse en particulier les liens entre santé et développement, les politiques du médicament, les circulations de la biomédecine ou de ses alternatives et le tournant néolibéral en santé, autant de phénomènes abordés par une diversité de travaux en histoire et en anthropologie.

Sociologie de la santé

► **Le Service Public Empêché**

VEZINAT N.

2024

Paris, Presses Universitaires de France

<https://www.puf.com/le-service-public-empeche>

Fragilisé mais loin d'avoir disparu, le service public est aujourd'hui « empêché ». Plusieurs mécanismes l'entraînent, le gênent, font obstacle à sa conduite et produisent confusion et insatisfaction chez les usagers, perte du sens de leur mission et souffrance au travail pour les agents, sentiment d'abandon et fatalisme chez les citoyens. D'une entreprise ou d'une administration à l'autre (au sein de La Poste, de la SNCF, d'EDF, d'hôpitaux et d'autres services publics), les mêmes processus sont à l'œuvre : la libéralisation européenne favorise la concurrence, la marchandisation et la financiarisation fixent des objectifs de rentabilité, les privatisations bouleversent le statut des organisations qui produisent l'intérêt général. Cet ouvrage se penche sur les effets de ces processus sur les usagers comme sur les travailleurs. Mais même si le principal effet de ces politiques est d'entraîner une désingularisation du service public, il n'empêche qu'il continue, malgré tout, de fonctionner. Un ouvrage qui fait dialoguer plusieurs disciplines : sociologie, histoire et droit, par une spécialiste reconnue de la sociologie de l'action publique et du travail.

Primary Healthcare

► La mutation du métier de pharmacien d'officine : de dispensateur de produits de santé à acteur de services de santé

ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE

2024

Paris, A.N.P.

https://www.acadpharm.org/dos_public/RAPPORT_MISSIONS_PHARMACIENS_2024_10_02_VF.PDF

Dans ce rapport, l'Académie nationale de Pharmacie ne se contente pas de dresser un état des lieux de la mutation du métier de pharmacien d'officine, elle insiste sur ce qui apparaît prioritaire pour mettre en œuvre la pharmacie d'officine de demain afin de répondre au mieux, aux besoins et attentes de santé de la population.

► Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales : Situation au 1er janvier 2024

ARNAULT F.

2024

Paris, Cnom

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/publication-latlas-demographie-medicale-2023>

Ce deuxième tome sur la démographie médicale 2023 du Cnom propose un focus sur les spécialités médicales et chirurgicales au niveau départemental : densité par âge et par spécialités, effectifs par sexe et modes d'exercice, pyramide des âges etc...

► Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2024

ARNAULT F.

2024

Paris, Cnom

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie l'Atlas annuel 2023 de la démographie médicale en France : celui-ci révèle cette année une quasi-sta-

gnation des médecins en activité régulière (197 417, soit -1,3 % entre 2010 et 2023), érosion compensée par l'augmentation du nombre de médecins en activité intermittente (remplaçants : 16452 en 2013) et en cumul emploi-retraite (20159). Concernant ces médecins retraités poursuivant encore une activité, leur nombre devrait cesser de croître, voire baisser dans les prochaines années, rendant compte de la fragilité de la démographie médicale pendant une décennie encore.

► Les ophtalmologues libéraux en 2022

BRET V. ET GENDREAU J.

2024

Paris, C.N.A.M. (Profils 2)

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-profilsoptalmologues-liberaux-2022>

En France, la majorité des ophtalmologues exercent une activité libérale, qui peut être exclusive ou complémentaire d'une activité salariée. On décompte 4 300 ophtalmologues libéraux en 2022, dont 3 984 ophtalmologues considérés comme ayant une activité stable et représentative sur l'année. La première partie du document présente une description des ophtalmologues libéraux, de leur activité et de leur patientèle. Puis, une typologie des ophtalmologues libéraux est proposée, fondée sur le type d'actes pratiqués, mettant en évidence des groupes homogènes ou « profils » d'ophtalmologues.

► La formation continue des médecins

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-09/20240925-Formation-continue-medecins.pdf>

Ce rapport évalue la pertinence et l'efficience de l'organisation actuelle de la formation continue des médecins ainsi que sa capacité à garantir la qualité des soins prodigues aux patients. Il constate que l'obligation de développement professionnel continu encore largement méconnue et qu'une nouvelle obligation de certification périodique reste à définir. Il recommande, en outre, de renforcer et d'homogénéiser les condi-

tions de régulation de l'offre de formation pour garantir l'indépendance de l'offre par rapport à l'industrie pharmaceutique. Enfin, la redéfinition des modalités de financement pour maîtriser les coûts et améliorer l'efficience est indispensable selon les rapporteurs.

► **First Do No Harm? Doctor Decision Making and Patient Outcomes**

CURRIE J., MACLEOD W.-B. ET MUSEN K.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32788)

<https://www.nber.org/papers/w32788>

Doctors facing similar patients often make different treatment choices. These decisions can have important effects on patient health and health care spending. This paper seeks to organize the recent economics literature on physician decision making using a simple model that incorporates doctor diagnostic and procedural skills, differences in beliefs and patient populations, and incentives. Economic considerations that affect the quality of decision making include training, experience, peer effects, financial incentives and time constraints. We also consider interventions aimed at improving decision making including provision of informational, heuristics and guidelines, and the use of technologies including electronic medical records and algorithmic decision tools. Our review suggests that we have learned a great deal about specific factors that influence doctor decision making but that our knowledge of how to apply that knowledge to improve health care is still quite limited.

► **Impact of Primary Care Market Mergers on Quality: Evidence From the English NHS**

LYU Y. ET ZHANG Z.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4918321

The primary care market has witnessed a growing trend of provider consolidation through mergers and acquisitions, yet the implications of this concentration remain uncertain. This study addresses this gap by providing the first empirical evidence on the effects of provider mergers on quality, using evidence from the English primary care market. Examining all provider mergers from 2014 to 2018, we find predominantly

negative effects of mergers on quality. Specifically, clinical quality remains unchanged at best, and patient satisfaction decreases dramatically. The impact varies with the size of the general practices involved: mergers between large practices show detrimental effects, whereas mergers between small practices can yield quality benefits. Additionally, the quality impact does not significantly differ between mergers within the same geographical market and those across different markets. An exploration of the mechanism reveals that changes in market concentration do not drive the observed decline in quality following mergers.

► **Medical Residency Subsidies and Physician Shortages**

MCNAMARA C. ET PINEDA-TORRES M.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17263)

<https://www.iza.org/en/publications/dp/17263/medical-residency-subsidies-and-physician-shortages>

We quantify the impact of federal subsidies for graduate medical education on primary care physician (PCP) supply by examining the impact of Section 5503 of the Affordable Care Act, which increased the number of residents that teaching hospitals in rural and high-need areas could receive subsidies for training. Instrumenting for selection into the program using its eligibility and allocation criteria, we find that the provision increased both the recruitment of residents into primary care and time spent at teaching hospitals in high-need areas, resulting in an increase in PCP supply in treated counties of 5.2 percent.

► **Medical Pricing Decisions: Evidence From Australian Specialists**

MENDEZ S. J., YONG J. ET GRAVELLE H.

2024

Melbourne, Melbourne Institute (Melbourne Institute Working Paper 11/24)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4909881

We examine the pricing behaviour of medical specialists in a setting where fees are unregulated, and patients receive a fixed subsidy from the government. We use eight years of specialist-level panel data from the Medicine in Australia Balancing Employment and Life (MABEL) survey. We find that local competition is not associated with a specialist's willingness to accept

the fixed subsidy as full payment nor with the level of fee charged above the subsidy. Instead, we show that fees are associated with specialists' personality traits. Specialists who score more highly on agreeableness are more likely to accept the government subsidy as full payment, while those who score more highly on conscientiousness and neuroticism are less likely to do so. Furthermore, higher neuroticism scores are associated with higher fees.

► **Adaptation of French General Practitioners For the Management of Nursing Home Patients During COVID-19 in 2020: A Multilevel Analysis**

ORCEL V., BOUCHEZ T., RAMOND ROQUIN A., BOURGUEIL Y. et al.

2024

Bmc family practice25 (350)

<https://bmccprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-024-02560-9>

To describe French general practitioners' (GPs) adaptation strategies to ensure follow-up care of nursing home patients during the first wave of COVID-19 (May 2020) and to identify factors associated with each strategy. Methods: A national cross-sectional study was conducted with online questionnaires in May 2020 among GPs practicing in France (metropolitan and overseas) and usually providing nursing home visits before pandemic. The outcome was defined as the GPs' adaptation strategies for managing nursing home patients and was categorized into four groups: Maintenance of Nursing Home Visits NHV (reference), Stopping NHV, Numeric adaptation (teleconsultations only), Mixed adaptation (NHV and teleconsultations). The probability of adaptation strategies was analyzed by multilevel logistic models in which the GPs represented level 1 and the counties level 2. We applied three random-intercept multilevel logistic models with the county of GP's practice as random effect. Results This analysis included 2,146 responses by GPs coming from 98 French counties. Overall, 40.4% of GPs maintained NHV, while other strategies were: Stopping visits (24.1%), Numeric adaptation (15.4%), Mixed adaptation (20.1%). Several individual (age, training GP, perceived status of being at high risk of severe COVID, compliance with temporary delegation of the patient's management) and territorial factors (excess mortality rate due to COVID-19, GPs' density, proportion of over-75s, presence of reinforcement measures for nursing home patients) were identified as associ-

ated with each strategy. Conclusions : This study highlights a rapid adaptation of general practice to keep supporting nursing home patients. Heterogeneity of adaptation strategies could reflect both the lack of national guidelines and the heterogeneity among GPs' usual practices. Policymakers should take actions at a territorial level (subnational) to strengthen support to nursing home patients considering adaptations to the local context of the pandemic outbreak and perspective of local actors.

► **Note sur les passerelles entre les métiers d'infirmier et de médecin**

SÉNAT

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/lc338-notice.html>

À la demande de la sénatrice Anne Souyris, la Division de la Législation comparée a réalisé une étude sur les possibilités de passerelle entre le métier d'infirmier et celui de médecin dans plusieurs pays européens. Six pays où il existe une passerelle ont été retenus dans l'échantillon, à savoir l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni. Parmi les six pays européens étudiés, aucun ne prévoit de passerelle spécifique entre les métiers d'infirmier et de médecin. Dans une majorité de pays, les possibilités de passerelle vers les études de médecine sont ouvertes à des catégories plus larges que les seuls professionnels ou diplômés du secteur sanitaire.

► **Observatoire de la sécurité des médecins en 2023 : Recensement national des incidents par la section EP du CNOM Fiches 2023**

VACAS F.

2024

Paris, Cnom

<https://www.santementale.fr/2024/10/2023-annee-record-des-violences-contre-les-medecins/>

Selon le recensement annuel de l'observatoire de la sécurité des médecins, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les violences et agressions commises à l'encontre des médecins ont augmenté de 27 % en 2023. Les médecins généralistes sont largement visés mais aussi les psychiatres. On note 1 581 déclarations d'incidents, soit près de 5 par jours (violences verbales et menaces, violences phy-

siques, vols (ordonnanciers et tampons pour les plus fréquents) et les actes de vandalisme). Les femmes médecins sont les plus sujettes aux violences (56 %, alors que la profession est globalement paritaire). Dans 62 % des cas, les violences sont commises par le patient lui-même, dans 16 % par un accompagnant et dans 13 % par une autre personne inconnue du cabinet (membre de la famille, patient d'un autre cabinet). Comme les années précédentes, les généralistes sont largement plus visés avec 64 % des cas déclarés. Parmi les autres spécialités, ce sont les psychiatres qui sont les plus touchés. En règle générale, ce sont des spécialités qui ont parfois des délais d'attente très longs, ce qui peut expliquer, pas justifier, les incidents.

► When Women Take Over: Physician Gender and Health Care Provision

ZOCHER K, STIFTINGER F. ET PRUCKNER G.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4897669

The share of female physicians has risen in OECD countries in recent decades, but we know little about the effects of physician gender. We exploit quasi-random assignment of primary care providers (PCPs) to patients and estimate the causal effect of female PCPs on health care provision. Using Austrian register data and a difference-in-differences strategy, we find that female PCPs generate 14% less revenue than male PCPs. This gap is driven by a 6% reduction in the number of patients and a 6.5% decrease in services per patient. Our findings are not consistent with discrimination; instead, female PCPs work fewer hours. A back-of-the-envelope calculation suggests that increasing the share of female PCPs marginally reduces health care costs without harming patients.

Systèmes de santé

Healthcare systems

► Social Protection in Latin America. Causality, Stratification and Outcomes

BARRIENTOS A.
2024

Basingstoke, Palgrave Macmillan

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-49795-7>

This book offers a comprehensive analysis of social protection in Latin America, its origins, institutions, and outcomes. The chapters are organised in three groups. The earlier chapters discuss in turn appropriate methods, an analytical framework, and core institutions. The book advocates a causal inference approach to the study of the institutions that have dominated social protection in the region: occupational insurance, individual retirement savings, and social assistance. The middle chapters study social protection's main stratification effects, focussing on stratification effects on employment, protection, and worker incorporation. The later chapters then assess social protection out-

comes and identify country groupings including their evolution over time. The book, and its approach and findings, contributes to the advancement of a theory of social protection amongst late industrialisers.

► Spain: Health System Review

BERNAL-DELGADO E., ANGULO-PUEYO E. ET RIDAO-LOPEZ M.
2024

Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe (Health systems in transition vol. 26 n°4)

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024>

In Spain's national health system (Sistema Nacional de Salud, SNS) coverage is virtually universal, mainly funded from taxes, and care is predominantly provided within the public sector and free of charge at the point of delivery. Protection mechanisms are in place

to support the financial protection of the population. Latest reforms are directed towards maintaining the universality of the national health system, as well as promoting equity and cohesion. The sustainability of the health workforce remains a challenge for primary care providers. Overall, the SNS performs well compared to the EU, but some gaps in access and technical efficiency remain.

► **Mirror, mirror 2024 : a portrait of the failing US health system – comparing performance in 10 nations**

BLUMENTHAL D., GUMAS E. D. ET SHAH A.
2024

New York, Commonwealth Fund

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-09/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v2.pdf

This report compares health system performance in 10 countries. It provides analysis of 70 health system performance measures in five areas: access to care, care process, administrative efficiency, equity, and health outcomes. The top three countries are Australia, the Netherlands, and the United Kingdom, although differences in overall performance between most countries are relatively small. The only clear outlier is the United States, where health system performance is dramatically lower.

► **Une exploration des inégalités sociales, économiques et de santé**

BOUCHER G., FOURNIER F. ET TORRES S.
2024

Québec, Observatoire québécois des inégalités

<https://observatoiredesinegalites.com/education-aux-inegalites/>

La première partie de ce document porte sur la notion d'inégalité sociale, ses principales caractéristiques, sa relation avec la discrimination, ses causes multifactorielles, la tolérance à l'égard des inégalités, les initiatives de la société civile en réponse à ces dernières et comment les autorités politiques les abordent. La deuxième partie brosse un portrait général des inégalités économiques au Québec, à savoir les inégalités en matière de revenu, de patrimoine, de consommation et d'emploi. Ces quatre catégories d'inégalités sont d'ailleurs interreliées et se renforcent entre elles. La dernière section circonscrit les principales dimensions du concept d'inégalité sociale de santé, donne un aperçu

des tendances actuelles à cet égard (espérance de vie, maladies chroniques, etc.), se penche sur les grandes causes de ce type d'inégalités, puis résume les interventions récentes pour prévenir ou réduire les inégalités sociales de santé dans le contexte québécois.

► **Bracing For the Next Crisis: Pandemics, Climate Change, and Safeguarding Global Health and Prosperity**

CATI M-M

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4915812

The COVID-19 pandemic has underscored the vulnerabilities of global healthcare systems and the far-reaching consequences of public health crises on economies and societies. As we address the aftermath, we must confront the looming threats of future pandemics and escalating climate change impacts on global health and wealth. This article introduces the Global Health and Prosperity Index (GHPI), a novel index that comprehensively evaluates a nation's preparedness and resilience against public health emergencies, climate change impacts, and economic ramifications. The GHPI encompasses three core domains: pandemic preparedness, climate change resilience, and economic stability and equity. By integrating these domains, the GHPI provides a holistic assessment to inform policy decisions, prioritize resource allocation, and foster international collaboration, ultimately safeguarding health, prosperity, and peace.

► **Learning From COVID-19 Pandemic Crisis in Europe to Avoid Learnings Lost: Design Resilient Health Systems to Face Crises**

COCCIA M. ET BENATTI I.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4854908

The purpose of this study is to clarify how healthcare expenditures and resources support resilient health systems in the presence of crises, such as COVID-19 pandemic. Methods of inquiry focus on a sample of 27 European countries and statistical analyses based on descriptive statistics and parametric techniques. Results reveal that higher health expenditure (as% GDP) between countries support a stronger resilience

of crisis management to reduce COVID-19 fatality rates. A linear model of simple regression shows that an increase in healthcare expenditures per capita of countries, it effectively reduces the level of COVID-19 fatality rate, such as in countries of Western Europe (Austria, Denmark, France, Germany, the Netherlands, etc.). These findings here have substantive implications for designing effective public health strategies of crisis management directed to strengthen investments in health systems (e.g., in medical technologies, human resources, digital pathology, hospitals, high-tech ICUs, etc.) to face future crises and emergencies in society.

► **Independent Investigation of the National Health Service in England**

DARZI L.

2024

London, Department of Health and Social Care

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66e1b49e3b0c9e88544a0049/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England.pdf>

In July 2024, the Secretary of State for Health and Social Care commissioned Lord Darzi to conduct an immediate and independent investigation of the NHS. Lord Darzi's report provides an understanding of the current performance of the NHS across England and the challenges facing the healthcare system. Lord Darzi has considered the available data and intelligence to assess patient access to health care; the quality of health care being provided; and the overall performance of the health system.

► **A Reflection of the Canadian Healthcare System. Navigating Strengths and Shortcomings**

PARSAN S.-J. ET KIM M.

2024

Toronto, Szymon Zephan Capital

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4904375

This research report aims to consolidate existing literature to assess the state of the Canadian healthcare system in relation to other countries and in light of the COVID-19 pandemic. Primarily, we will dissect Canada's position on an international front through a comparison of health metrics, and financing models. Subsequently, different healthcare models will be compared and benchmarked against global standards. Moreover, we will scrutinize the effectiveness of various funding mechanisms and inherent disparities in healthcare quality among Canadian provinces versus a centralized national approach. We will also explore the expansion of healthcare services and strategies for managing chronic diseases. Additionally, the report will address the impact of the COVID-19 pandemic on the Canadian healthcare system, assessing its strengths and vulnerabilities. By analyzing the system through a critical lens, we aim to shed light on its achievement and areas for improvement with the ultimate goal of fostering informed dialogue and positive change in healthcare delivery across Canada. Ultimately, the report aims to propose solutions and future directions to enhance the overall efficacy and inclusivity of the Canadian healthcare system.

Travail et santé

Occupational Health

► **The Labor and Health Economics of Breast Cancer**

AHAMMER A., STIFTINGER F. ET PRUCKNER G. J.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17316)

<https://www.iza.org/publications/dp/17316/the-labor-and-health-economics-of-breast-cancer>

We estimate the long-run labor market and health effects of breast cancer among Austrian women.

Compared to a random sample of same-aged non-affected women, those diagnosed with breast cancer face a 22.8 percent increase in health expenses, 6.2 percent lower employment, and a wage penalty of 15 percent five years after diagnosis. Although affected women sort into higher quality jobs post-diagnosis, this is offset by a reduction in working hours. We argue that the hours reduction is more likely driven by an increase in the time preference rate, meaning that patients increasingly value the present over

the future, rather than by an incapacitation effect or employer discrimination.

► **Étude des relations entre les conditions de travail difficiles, les troubles du sommeil, la dépression et les conduites addictives chez des travailleurs en situation de précarité dans la cohorte CONSTANCES**

AIRAGNES G., MATTI J. ET HAMIEH N.

2024

Paris, D.A.R.E.S.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/etude-des-relations-entre-les-conditions-de-travail-difficiles-les-troubles-du-sommeil>

L'AP-HP analyse les relations entre les conditions de travail difficiles, les troubles du sommeil, la dépression et les conduites addictives chez des travailleurs en situation de précarité. Cette recherche quantitative s'appuie sur l'analyse de la cohorte CONSTANCES, cohorte épidémiologique de très grande taille en population générale.

► **Income Effects of Disability Benefits**

BECKER S., GELHEN A. ET GEYER J.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17298)

<https://www.iza.org/publications/dp/17298/income-effects-of-disability-benefits>

We provide novel evidence about the incentive and welfare effects of an increase in the generosity of disability benefits. Importantly, a unique policy variation in Germany allows us to isolate the income effect of a change in benefit generosity. We leverage this quasi-experimental policy variation using an RD design to estimate the effect of increasing disability benefits on employment, earnings, labor market transitions, and mortality outcomes using administrative data on the universe of new disability benefit recipients. Contrary to previous literature, our analysis reveals no significant impact on the employment and earnings of DI recipients due to the increased benefits. However, we find a sizable effect of the probability of returning to the labor market. We find no effects on recipient mortality six years after benefit award, but estimates imply a notable reduction in poverty risk, highlighting meaningful welfare implications of increased generosity.

► **Firm Quality and Health Maintenance**

BIRO A. ET ELEK P.

2024

York, University of York (CHE Research Paper 24/13)

<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/24-13.html>

We provide evidence on the impact of firm productivity on the health maintenance of employees. Using linked employer-employee administrative panel data supplemented with healthcare records from Hungary, we analyze the dynamics of healthcare use before and after moving to a new firm. We show that moving to a more productive firm leads to higher consumption of drugs for cardiovascular conditions and more physician visits, without evidence of deteriorating physical health, and, among older workers, to lower consumption of medications for mental health conditions. The results suggest that more productive firms have a beneficial effect on the detection of previously undiagnosed chronic illnesses and on the mental health of their employees. Plausible mechanisms include the higher quality of occupational health check-ups and less stressful job conditions.

► **Impact de l'intensification et de l'autonomie au travail sur la santé mentale**

BLASCO S., ROCHUT J. ET ROULAND B.

2024

Paris, D.A.R.E.S.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/impact-de-l-intensification-et-de-l-autonomie-au-travail-sur-la-sante-mentale>

Ce rapport mobilise des données enquêtes françaises sur les conditions de travail pour documenter les relations existantes entre la santé mentale des travailleurs et l'organisation du travail et les pratiques RH qui peuvent conduire à plus d'intensité mais aussi plus d'autonomie au travail. Après avoir posé les cadres d'analyses théoriques et empiriques et avoir exposé les difficultés méthodologiques qui se posent lorsque l'on cherche à étudier les effets des conditions de travail sur la santé des travailleurs, il propose un premier bilan global sur les relations entre intensité, autonomie et santé mentale des travailleurs en France. Pour cela, les auteurs procèdent à une analyse descriptive et à une analyse de décomposition avant de chercher à identifier des relations de causalité grâce à l'emploi de données de panel. Ils se concentrent ensuite sur quatre pratiques ou évolutions particulières qui peuvent être sources d'intensification du travail

et d'autonomisation des travailleurs : le recours à la flexibilité interne ou externe pour faire face aux fluctuations de la demande, l'automatisation des tâches, les pratiques de management à forte implication et enfin le télétravail. Dans l'ensemble, ces travaux sont cohérents avec la littérature existante et confirment l'existence d'une association négative entre intensité du travail et santé mentale, ainsi que d'une association positive entre autonomie au travail et santé mentale. Les analyses qui mobilisent les méthodes de panel ou d'appariement sur score de propension indiquent que ces associations reflètent en partie des effets causaux de l'intensité/autonomie sur la santé

► **Les politiques 2024 d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire**

BOZIO A. ET WASMER E.

2024

Paris, France stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/mission-bozio-wasmer-politiques-dexonerations-de-cotisations-sociales-une-inflexion>

Ce rapport porte un diagnostic sur trois décennies de politique de réduction de cotisations sociales. Celles-ci ont toujours été ciblées sur les bas salaires, en réponse au marché du travail défavorable aux travailleurs moins qualifiés. Le rapport documente l'amélioration du marché du travail depuis la mise en place de ces politiques et prend acte de la progression des connaissances sur les effets de cette politique. Il conclut qu'une inflexion est nécessaire pour faciliter la montée en gamme des emplois et des secteurs. Il instruit ainsi plusieurs pistes de réformes, en commençant par des réformes du profil des allègements généraux, puis par des propositions plus ambitieuses visant à redonner lisibilité et clarté au financement de la protection sociale.

► **Work Hours and Health: Research Shows that Very Long Hours May Modestly Increase the Risk of Certain Health Outcomes**

COSTA T.

2024

Washington, G.A.O.

<https://www.gao.gov/products/gao-24-106772>

U.S. workers have a variety of work schedules.

Some work long hours by choice or necessity. The Joint Explanatory Statement accompanying the Consolidated Appropriations Act, 2022 includes a provision for GAO to study trends in the work hours of U.S. workers. The Appropriations Committees expressed interest in understanding the relationship between long work hours and poor health outcomes. This report addresses how work hours for U.S. workers have changed over time, how the characteristics of individuals who worked very long hours in recent years compare to those of standard full-time workers, and research on the relationships between long work hours and health outcomes and behaviors. GAO also conducted a literature search for systematic reviews that synthesized the results of individual studies. GAO identified six reviews that examined the relationships between long work hours and health outcomes and behaviors that are common among U.S. adults (stroke, ischemic heart disease, type 2 diabetes, negative weight-related outcomes (weight gain, increase in body mass index, overweight, and obesity), alcohol use, and depression). All six reviews met GAO's methodological standards. GAO also interviewed the experts who authored four of the six reviews.

► **Les effets subjectifs des « nouvelles » organisations du travail. Souffrance et plaisir au travail dans une plateforme numérique, une Scop et une entreprise libérée**

DEJOURS C., LE LAY S. ET LEMOZY F.

2024

Paris, D.A.R.E.S.

<https://www.dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-effets-subjectifs-des-nouvelles-organisations-du-travail>

Cette recherche propose une analyse du rapport subjectif au travail centrée sur trois dimensions principales. D'abord, l'investigation des incidences des transformations de l'organisation du travail sur les professionnels. Ensuite, l'élucidation du rapport subjectif au travail des professionnels, en particulier au regard de la place accordée au plaisir dans le travail et à ses destins possibles, en fonction des évolutions de l'organisation du travail et des conditions effectives de réalisation des activités. Enfin, l'élucidation de la nature de la souffrance des professionnels, en vue de dégager des réflexions autour de la prise en charge et de la prévention des problématiques de santé mentale liées au travail.

► **The Impacts of Health Shocks
on Household Labor Supply and Domestic
Production**

DI MEO G. ET ERYILMAZ O.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4864143

This paper investigates the impact of severe health shocks on labor supply decisions and domestic production within German households. We draw from the German Socio-Economic Panel (SOEP), focusing on individuals aged 25 to 50 at the time of their first observed health shock. After the health shock, we find that affected individuals suffer a persistent loss in annual gross labor income of around 3,300 Euros. This effect results mostly from adjustments at the extensive margin, with labor market participation declining by about 13%. We observe a reduction in full-time employment, but no significant effect on part-time employment. At the household level, a combination of public transfers and added worker effect effectively compensates for the income loss. Finally, individuals experiencing a health shock, in particular women, spend more time on domestic production

► **Social Insurance Spillovers: Evidence
From Paid Sick Leave Mandates
and Workers' Compensation**

DONG X., MACLEAN J.-C. ET POWELL D.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32751)

<https://www.nber.org/papers/w32751>

Social insurance programs shield individuals from specific risks, but these programs are not necessarily independent of each other. The existence and scope of one program can potentially influence the use of others, especially when the risks covered by the programs are related. This study investigates the relationship between two mandated benefit programs in the United States: state paid sick leave (PSL) mandates and workers' compensation. Unlike most developed countries, the U.S. lacks a federal PSL mandate; however, 15 states have implemented such policies. PSL mandates require firms to provide compensated time off for employee health-related needs, while workers' compensation offers benefits to help workers recover from workplace injuries or illnesses. Using a difference-in-differences analysis, the study explores the

impact of state PSL mandates on the usage of workers' compensation benefits. The findings reveal meaningful spillover effects: when states adopt PSL requirements, there is a decrease in workers' compensation benefit receipt. While some evidence suggests possible improvements in health, there are no observed reductions in workplace injury rates specifically, indicating that workers may substitute PSL benefits directly for workers' compensation.

► **Santé mentale et expérience subjective
du chômage. : Une approche
par la psychodynamique du travail**

DUARTE A. ET LE LAY S.

2024

Paris, D.A.R.E.S.

<https://dares.travailemploi.gouv.fr/sites/default/files/fb160c4f0b82ea7147d6305d7695f162/Sant%C3%A9%20mentale%20et%20exp%C3%A9rience%20subjective%20du%20ch%C3%B4mage.pdf>

Partant du constat que l'expérience du chômage est davantage étudiée sous le prisme de ses enjeux économiques et sociaux, cette recherche qualitative en psychodynamique du travail vise à étudier les ressorts de l'expérience du chômage sur la santé mentale des individus. Plus particulièrement, il s'agit de considérer l'évolution dynamique de la santé mentale face au chômage en analysant le vécu subjectif des individus, marqué par la précarisation du travail et de l'emploi.

► **Accident de travail Maladie
professionnelle : Parce qu'une victime
d'accident de travail ou maladie
professionnelle doit être indemnisée
comme les autres victimes**

FÉDÉRATION NATIONALE DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL ET DES HANDICAPÉS

2024

Paris, F.N.A.T.H.

<https://www.fnath.org/communique-presse/accidents-du-travail-maladies-professionnelles-livre-blanc-de-la-fnath-pour-une-amelioration-de-la-prise-en-charge/>

La Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), dans une nouvelle version de son livre blanc, liste en amont du PLFSS une série de propositions pour faire évoluer la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles.



► **What Is (Behind) the Gender Gap in Sickness Benefits? Evidence From Administrative Data**

GONCALVES J. ET ROCHA-GOMES J.

2024

Maastricht, G.L.O. (GLO Discussion Paper 1468)

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/300594/1/GLO-DP-1468.pdf>

Women appear to take sick leave at a higher rate and for longer periods than men. However, the reasons for these differences are poorly understood. This study starts by outlining several channels (biological, psychological, socio-economic, and occupational) that may drive this gender gap. We then analyse rich individual longitudinal administrative data on employment and sickness benefits. We consider the case of Portugal, where sickness benefits are relatively generous, in contrast to other potentially related social support (such as childcare). We find that women's adjusted monthly odds of receiving sickness benefits are 1.66 times those of men. This ratio falls to 1.37 when considering only hospitalisation-initiated sickness benefits, which may be driven exclusively by health factors. Overall, our results suggest that biological factors, as well as work-related hazards and stressors, play a large role in the gender gap in sickness benefits; yet behavioural and socioeconomic factors are non-negligible. For example, more women may use sickness benefits to accommodate caregiving responsibilities, and more men may forgo statutory sick leave to provide for their family. Our findings underscore the importance of more evidence for the enhancement of health and equity at work. Improved social and workplace policies to mitigate the double burden of work and family responsibilities, laying mostly on (poorer) women, may be needed, also to increase fair use of sickness benefits.

► **Medicaid Work Requirements, Labor Market Effects and Welfare**

JUNG J. ET SHRESTHA V.

2024

Towson, Towson University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4928303&dgcid=ejournal_htmlemail_insurance%3Afinancing%3Ain%3Ahealth%3Acare%3Aejournal_abstractlink

We use an overlapping generations model with labor supply decisions, health risk, and health insurance choices to investigate the impact of work requirements for Medicaid eligibility. Calibrating the model to US data, we simulate counterfactual experiments with a minimum weekly work hours requirement. Our partial and general equilibrium results indicate that Medicaid work requirements increase labor force participation, reduce hours worked, and boost output. However, most scenarios show overall welfare losses, mitigated somewhat by general equilibrium effects. Welfare losses are higher among low income households, smaller for middle-income households, and result in gains for high-income households. The smallest welfare loss occurs when the reform targets healthy individuals, allowing sicker individuals to remain on Medicaid regardless of their work status.

► **Effects of Health Shocks on Adult Children's Labor Market Outcomes and Well-Being**

LIZARDI E.-R., FEVANG E. ET ROED K.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17232)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4932227

Using Norwegian administrative register data, we assess the impact of health shocks hitting lone parents, specifically stroke and hip fractures, on labor market outcomes and the well-being of adult offspring. We identify small, but statistically significant immediate responses in terms of an increase in physician-certified sickness absences and a higher risk of diagnosed mental disorders. However, these effects tend to fade out quickly, and the negative impacts on subsequent employment and earnings are small and only borderline statistically significant. In general, our results suggest that the responses to the deteriorating health of a parent tend to be short-lived and mostly manifest as temporary absences from work rather than complete detachment from the labor market.

► **The Impact on Productivity Costs of Reducing Unemployment in Patients with Advanced Breast Cancer: A Model Estimation Based on a Portuguese Nationwide Observational Study**

MATOS L., BORGES M., OLIVEIRA A.-T., et al.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4930895

This study aimed to characterize the employment status and work-related conditions of patients with advanced breast cancer (ABC) in Portugal and quantify the productivity costs of premature abandonment of the work market while evaluating strategies to promote employment. The analysis was based on a cumulative incidence model for estimation of ABC prevalence and on a cross-sectional study characterizing the employment status of patients with ABC. This study was conducted in Portuguese hospitals, between Nov2021-Dec2022 and included patients diagnosed with ABC for at least 6 months, aged 66 or less and consenting for a self-answered questionnaire regarding work status. A total of 2,151 working-aged women were estimated to have ABC in 2019 in Portugal, with productivity costs amounting to 28,676,754€ over 2019-2021. 112 patients from 9 hospitals were included in the study, average age was 52yr, 48% had a postsecondary educational degree level and 87% reported having a paid job at the time of diagnosis, mostly full-time. At the time of the study, only 38% of the patients maintained the job status. The remaining were unemployed (51%), on medical leave (25%) or retired (24%). Stop working was a personal choice for only 5%. A subsidized part-time employment regimen, despite increased government costs, would allow a reduction in productivity costs, leading to a positive balance of 2,431,329€ over the same period. This study suggests that the majority of patients with ABC abandon the labor market before the age of retirement. Flexible work arrangements would benefit the patient, the government and the society.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/13/2024_13_2.html

Les travailleurs de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) sont exposés à de multiples nuisances ou contraintes professionnelles. Les objectifs de cette étude étaient de comparer la mortalité globale et par cause des salariés et ex-salariés de la RATP à celle de la population générale d'Île-de-France et de réaliser une analyse selon les métiers exercés.

► **The Mental Health and Labor Market Effects of Anticipating Job Loss**

MIELE K-R
2024

Essen, CINCH - Health Economics Research Center (CINCH Working Paper 2024/01)

<https://ideas.repec.org/p/ajt/wcinch/82169.html>

Exploiting future exposure to job termination in the UK, this paper finds that sharply increased job loss expectations before job termination significantly increase mental distress. This anticipation effect is largest in tight labor markets but does not spill over within couples. In contrast, anticipating job termination allows workers to switch positions without suffering unemployment. Leveraging variation in the industry-specific labor market tightness before the job termination, this paper shows that switching from a terminated position before its closure offsets over 70 percent of the negative labor market effects of the job termination, and mitigates its entire mental burden.

► **Mortalité des agents et ex-agents de la régie autonome des transports Parisiens (RATP) entre 1980 et 2012**

METHY N., MOISAN F. ET DEBATISSE A.
2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(13): 267-283.

► **Rapport d'information sur les grands enjeux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles**

RICHER M.-P. ET LE HOUEROU A.

2024

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-018-notice.html>

Ce rapport envisage les différentes possibilités pour équilibrer les recettes et les dépenses de la branche AT-MP, ainsi que les évolutions nécessaires à une amélioration des actions portées par la branche : renforcer la réparation de la branche AT-MP en faveur du soutien au niveau de vie des victimes; augmenter le financement consacré aux actions de prévention des risques professionnels en ciblant mieux les entreprises; garantir le caractère paritaire de la gouvernance de la branche.

► **Le bouleversement du travail biologique : entre engagement sanitaire et industrialisation financiarisée**

ZARKA S.

2024

Connaissance de l'emploi : le 4 pages du CEE(198):

<https://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi-le-bouleversement-du-travail-biologique-entre-engagement-sanitaire-et-industrialisation-financiarisee-1498454.kjsp?RH=1507626697168>

Situés au cœur de la politique de détection virale et de suivi des patient·es, les laboratoires privés de biologie médicale ont été intensément mobilisés au cours de la pandémie de Covid-19. Ce secteur a aussi connu de profondes transformations depuis une quinzaine d'années. Le modèle du laboratoire à taille humaine, géré de manière paternaliste par un patron biologiste, a cédé la place à des organisations industrialisées, concentrées et financiarisées.

Vieillissement

Aging

► **Double Lockdown: Unravelling the Impact of Age-Targeted COVID-19 Restrictions on Senior Women's Health**

AYDILEK G. ET KARAOGLAN D.

2024

Gebze, Gebze Technical University (Gebze Technical University Working Papers 2024-01)

<https://ideas.repec.org/p/geb/wpaper/2024-01.html>

The emergence of COVID-19 required the Turkish government to implement various measures. Given a specific focus on the elderly as the high-risk population, seniors above 65 were imposed a strict curfew for a prolonged period. While social distancing measures are crucial for curbing the transmission, their unintended consequences, particularly on vulnerable populations, require exploration. This paper aims to analyse how those age-targeted restrictions affected the chronic health conditions of seniors, with a special focus on cardiovascular and metabolic diseases which are the main factors of mortality (e.g., coronary heart disease, chest pain, diabetes, obesity, etc). To address

the potential bias arising from gender-specific mortality rates due to the pandemic, we focus exclusively on senior women. Employing a difference-in-differences (DiD) methodology, our results indicate that strict curfew on the elderly cause an escalation in chronic health problems. Morbidity of coronary heart diseases is notably higher among the affected women. In addition, they experience a significant increase in BMI and become more physically and mentally dependent in their daily lives. Highlighting the potential adverse effects of curfews on senior health, we emphasise the need for a more balanced strategy that prioritises both the control of the pandemic and the well-being of high-risk populations.

► **Ownership, Asymmetric Information, and Quality of Care For the Elderly: Evidence From US Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic**

ALEXEEV M., DEDYUKHIN I. ET POLISHCHUK L.

2024

Bloomington, CAEPR (CAEPR Working Paper 2024-006)

<https://ideas.repec.org/p/inu/caeprp/2024006.html>

A common cause of market failures is asymmetric information. For this reason, the reliance on market incentives and signals requires that quality of goods and services is properly observable and verifiable. This requirement is hard to meet in the case of credence goods, including most social services, which is a well-known reason for caution evaluating the providers of these services. In such environment, nonprofit providers can offer additional quality assurance compared to for-profit entities. When quality becomes better observable and verifiable, and hence could earn a market premium, market incentives are closer aligned with social welfare, and the quality gap expected between nonprofit and for-profit provision is likely to narrow. We explore this conjecture theoretically and empirically, using in the empirical part the case of US nursing homes during the COVID-19 pandemic. The pandemic supplied new tangible and publicly observable nursing home performance measures such as infection and death rates among residents. These measures could serve as care quality indicators, revealing aspects and attributes of the nursing home care that remained hidden before the pandemic. The data reveal significant initial gaps between for-profit and nonprofit nursing homes in COVID-19 infection rates. However, in the ensuing catching-up process triggered by increased transparency, these gaps steadily declined, eventually leading to statistical parity between two types of ownership. We explore the role of local market structure in the adjustment of nursing home industry to the pandemic; retroactively evaluate the reliability of the official ranking system in predicting nursing homes' performance; and look for evidence of sustainable learning-by-doing effect of the pandemic.

► **Longévité, pénibilité et nouvel impératif de sobriété. Quelles incidences sur le choix de l'âge de la retraite ?**

BLANCHET D. ET TOUZE V.

2024

Revue de l'OFCE(184): 157-190.

https://ideas.repec.org/a/cai/reofsp/reof_184_0157.html

Trois arguments ont traditionnellement encadré le débat sur l'âge de la retraite : 1) l'idée que l'allongement de l'espérance de vie nécessite logiquement une augmentation proportionnelle; 2) le fait que la pénibilité du travail plaide au contraire pour limiter cette augmentation; 3) le fait que, d'ailleurs, nous avons depuis longtemps pu combiner allongement de l'espérance de vie et réduction du temps de travail, et que cela pourrait continuer à être le cas. L'urgence environnementale introduit un quatrième argument qui semble aller dans le même sens. Si moins de pollution signifie moins de production, alors il faut travailler moins plutôt que plus. Mais cet argument de sobriété n'est pas aussi unilatéral qu'il y paraît. Les énergies fossiles ont globalement permis le découplage passé entre espérance de vie et âge de la retraite : c'est en polluant plus que nous avons pu vivre mieux en travaillant moins. Peut-on se passer de ces énergies fossiles sans avoir recours à plus de main-d'œuvre ? Un modèle heuristique simple permet de poser les principaux éléments du débat. Le choix de l'âge de la retraite doit trouver un équilibre entre des contraintes qui ne vont pas toutes dans le même sens.

► **Health Decline and Residential Transitions Among Older Adults in Europe**

BOY DOMINGO AFABLE S., VIERBOOM Y.-C. ET EVANS M.

2024

Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR Working Paper 2024-018)

<https://ideas.repec.org/p/dem/wpaper/wp-2024-018.html>

Residential mobility is one strategy to cope with the challenges of ageing. But how health decline triggers residential mobility and whether this relationship differs by parental status remain underexplored. Using data on parents and non-parents aged 50+ from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we perform multinomial logistic regression to examine how recent and previous experiences of acute health events, functional limitation, worsened frailty status, and worsened self-rated health influ-

ence the two-year probability of transitions between independent private home living, co-residence with a child (among parents), receiving home-based care, and nursing home admission. We find that none of the health variables are associated with parents' co-residential moves with adult children, while acute health events, functional limitation, and worsened frailty are associated with transitions to home-based care for parents and non-parents alike. Previous experiences of these health declines have a stronger influence on most residential transitions compared to their recent counterparts across parental status, suggesting that the "triggering" effects of health on residential mobility take time. Our findings demonstrate the importance of viewing late-life residential mobility from a relational, competing risk framework, and highlight home-based care as key strategy for responding to health challenges in later life.

► Global Mapping of Dependency in Older People

COLACCE M., CORDOBA J. ET MARROIG A.

2024

Montevideo, Instituto de Economía (Documentos de Trabajo 03/24)

<https://ideas.repec.org/p/ulr/wpaper/dt-03-24.html>

This paper addresses the geographical differences in the prevalence of dependency in older adults and its differences by demographic characteristics (gender and age) within and across countries. We estimate internationally comparable dependency indicators for 31 countries in 4 continents with available information on help requirements in Activities of Daily Living for people aged 65 and older. The main indicator includes three activities: bathing, eating, and dressing. The highest level of dependency is found in Israel (18.5%) and the lower in Switzerland (5.5%). Dependency rates are almost always higher for women than for men, but sex differences only appear in people aged 80+ and statistically country differences blur for those aged 65-79. Our analysis supports the male-female survival paradox for dependency. The differences found in the prevalence regarding the family of surveys is a strong argument for the international harmonization of the formulation of the dependency questions.

► Biological Age and Predicting Future Health Care Utilisation

DAVILLAS A. ET JONES A.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17159)

<https://www.iza.org/en/publications/dp/17159/biological-age-and-predicting-future-health-care-utilisation>

We explore the role of epigenetic biological age in predicting subsequent health care utilisation. We use longitudinal data from the UK Understanding Society panel, capitalizing on the availability of baseline epigenetic biological age measures along with data on general practitioner (GP) consultations, outpatient (OP) visits, and hospital inpatient (IP) care collected 5-12 years from baseline. Using least absolute shrinkage and selection operator (LASSO) regression analyses and accounting for participants' pre-existing health conditions, baseline biological underlying health, and socio-economic predictors we find that biological age predicts future GP consultations and IP care, while chronological rather than biological age matters for future OP visits. Post-selection prediction analysis and Shapley-Shorrocks decompositions, comparing our preferred prediction models to models that replace biological age with chronological age, suggest that biological ageing has a stronger role in the models predicting future IP care as opposed to "gatekeeping" GP consultations.

► Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Autonomie. Edition 2024

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2024

Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/autonomie.html>

Ce rapport, consacré aux politiques de soutien à l'autonomie, a été rénové et étoffé cette année, dans le cadre de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale. Il comporte désormais quatre objectifs principaux, afin de donner une vision globale des financements publics et de l'offre de service consacrés à l'autonomie, au-delà des seuls crédits gérés par la nouvelle branche : assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie; répondre au besoin d'autonomie des personnes; garantir une offre adaptée sur tout le territoire; garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

► **Vers un nouveau recul de l'âge de la retraite : la réforme Borne 2023**

GANNON F., TOUZE V. ET LEGROS F.

2024

Revue de l'OFCE(184): 17-53.

<https://shs.cairn.info/revue-de-l-ofce-2024-1-page-17>

Une nouvelle réforme paramétrique du système de retraite a été adoptée sous le gouvernement Borne en avril 2023. Elle prévoit un recul de l'âge de la retraite reposant sur une mesure incitative d'accélération de la réforme Touraine de 2014 qui prévoyait déjà un allongement de la durée de cotisation (43 années de cotisation à partir de la génération née en 1965 au lieu de celle née en 1973) ainsi que sur une mesure contraignante de hausse de l'âge d'ouverture des droits (64 ans au lieu de l'actuel 62 ans). Si la réforme Borne 2023 s'inscrit dans la continuité de celle de Woerth 2010 (passage de 60 à 62 ans), elle inclut un volet social renforcé : l'âge du taux plein automatique reste fixé à 67 ans; une surcote parentale a été ajoutée; les dispositifs « carrières longues » demeurent; la pension minimum est fortement revalorisée et le taux de non-recours au minimum vieillesse devrait diminuer en raison d'un relèvement important du seuil de patrimoine avant récupération sur héritage. Dans cet article, nous revenons sur les différents arbitrages financiers, économiques et sociaux qui ont pu orienter vers de tels choix et tentons de répondre à quatre questions : 1) La réforme était-elle urgente ? 2) L'âge est-il le seul paramètre d'ajustement acceptable ? 3) Quels sont les principaux points de vigilance ? 4) Que faire des excédents des régimes déjà à l'équilibre financier avant la réforme ?

► **The Impact of Macroeconomic Conditions on Long-Term Care: Evidence on Prices**

GEYER J. ET HAAN P.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17197)

<https://docs.iza.org/dp17197.pdf>

The price for institutional long-term care is a central determinant of the demand for formal and informal long-term care. In this paper, we show how macroeconomic conditions affect these prices. The analysis is based on administrative data that contains rich information on the universe of nursing homes and ambulatory care services and about all recipients of long-term care benefits in Germany. For identification, we exploit variation in macroeconomic conditions measured by

the unemployment rate across districts and over time, applying a panel data approach with facility and time fixed effects. Our empirical results show that a higher unemployment rate increases prices for permanent long-term care as well as for prices of accommodation and meals in nursing homes. We provide empirical evidence for the mechanism of these price effects. While we find that employment, working hours, and quality of care in nursing homes are not significantly affected by macroeconomic conditions, our results show that a higher unemployment rate increases the price of nursing homes through a change in the composition of patients: it induces a shift from care recipients with a low degree of impairment to patients with high demands for labor-intensive care. We also document a substitution of low-impairment care from nursing homes toward ambulatory and informal home care.

► **The Nexus Between Long-Term Care Insurance, Formal Care, Informal Care, and Bequests: The Case of Japan**

HORIOKA C.-Y., GAHRAMANOV E. ET TANG X.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32744)

<https://www.nber.org/papers/w32744>

The purpose of this paper is to conduct a theoretical and empirical analysis of the nexus between long-term care insurance (LTCI), formal care, informal (family) care, and bequests. In our empirical analysis, we use micro data from the Japan Household Panel Survey on Consumer Preferences and Satisfaction (JHPS-CPS), formerly known as the Preference Parameter Study, conducted by Osaka University. Japan is an interesting case to analyze because a public LTCI system was introduced there in 2000. Our analysis shows that, in the case of Japan, if parents are eligible for public LTCI benefits, their children will be less likely to be their primary caregiver and that this, in turn, will reduce their children's perceived likelihood of receiving a bequest from them. This result implies that bequests are selfishly or strategically motivated (i.e., that parents leave bequests to their children in order to elicit care from them) and that the introduction of a public LTCI system will reduce the likelihood of children providing care to their parents and through this channel reduce their perceived likelihood of receiving a bequest from them.

► **Avis portant sur le projet de décret relatif aux modalités d'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad, PUV et USLD**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANT ET DE L'AGE
2024

Paris, H.C.F.E.A.

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

Le Conseil de l'âge a émis un avis globalement favorable, sous plusieurs réserves, sur le projet de décret relatif aux dispositions financières applicables aux Ehpad qui participeront à l'expérimentation de la fusion des forfaits « soins » et « dépendance ».

► **Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long**

LE BOULER S.
2024

Journal de droit de la santé et de l' assurance maladie(40): 89-93

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Dans cet article, l'évolution des différents compartiments de la dépense publique et des déficits afférents est décrite. Au-delà des ajustements de court terme (la « politique du rabot »), il est temps, sur les questions d'assurance maladie et d'autonomie, de considérer les évolutions structurelles, côté financements et côté prise en charge, pour faire face aux défis démographiques et technologiques mais aussi pour garantir la résilience du système.

► **Les seniors sur le marché du travail en 2023 : Le taux d'emploi des seniors poursuit sa hausse, mais reste en deçà de la moyenne européenne**

MAKHZOUM S.
2024

Dares résultats(55)

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-seniors-sur-le-marche-du-travail-en-2023>

En 2023, 58,4 % des personnes âgées de 55 à 64 ans ont un emploi, contre 82,6 % de celles âgées de 25 à 49 ans. Ces taux continuent d'augmenter pour atteindre leurs plus hauts niveaux depuis 1975. En 2023, le taux

d'emploi des seniors en France demeure inférieur à la moyenne relevée dans l'Union européenne, qui est de 63,9 %. À 5,4 %, le taux de chômage des seniors demeure plus bas que celui de l'ensemble des actifs. Entre 2014 et 2023, la part des seniors en emploi (cumul emploi et retraite compris) progresse de 10,2 points, tandis que celle des retraités (hors cumul emploi-retraite) diminue de 9,5 points, en raison notamment des réformes des retraites. Ces évolutions sont encore plus prononcées chez les 60-64 ans (respectivement de +12,3 et -15,3 points).

► **Average Percentage of Hours Dedicated to Unpaid Elderly Care: An Estimation Proposal Using a Sampling Strategy Assisted By a Beta Regression Mode**

MANRIQUE-ABRIL F., PACHECO LOPEZ M. ET TELLEZ PINEREZ C.
2024

. Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4940520

Background: Unpaid care is a topic of global interest that is made up of different aspects such as age, gender, economy, health status, among others; where it is generally women who assume the role of caregiver, sacrificing quality time for themselves, hindering the opportunity to be part of the workforce and causing deterioration in their health status. To estimate the time dedicated to unpaid care, much more efficient statistical tools can be used to obtain more reliable estimates based on auxiliary information. **Methods:** An estimate was made of the average proportion of time that Bogotá caregivers dedicate per week to caring for the elderly without remuneration, applying a novel estimation strategy by probabilistic sampling assisted by a Beta regression model called BREG. **Results:** The estimated average proportion of hours dedicated to caring for the elderly was 42.3% with a margin of error of 0.46%. Age, sex, health condition, hours spent watching television per week, type of occupation of household members, time spent traveling to the nearest medical center, time spent eating outside the home with friends or family, and resorting to other people when they have economic problems were the significant variables for the construction of the model on which the estimator used in this article was based. **Conclusions:** A precise estimate (with a low estimation error) of the average percentage of hours dedicated to caring for the elderly was obtained

using a novel estimation method using a Beta regression model. Unpaid care is an opportunity to improve existing public policies for the elderly and to create new government policies to reduce the physical and emotional burden of caregivers.

► **Vieux et dépendant, comment va-t-on vivre en 2050 ?**

OBSERVATOIRE DU DÉPARTEMENT DE LOIRE-ATLANTIQUE

2024

Nantes

https://observatoire.loire-atlantique.fr/44/les-etudes/vieux-et-dependant-comment-va-t-on-vivre-en-2050-septembre-2024/p1_21658

À quoi ressemblera la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 2050 ? Face au défi sans précédent de la transition démographique à l'œuvre depuis plusieurs années, le Département de Loire-Atlantique a engagé depuis janvier 2024, avec l'agence nantaise le Coup d'Après, une démarche prospective intitulée Dépendance 2050. Il en résulte ce document mêlant projections démographiques, cartographie des enjeux aux échelles nationale et départementale, interviews d'experts et scenarios prospectifs. Il permet d'imaginer la grande diversité des futurs possibles en matière d'accompagnement et d'inclusion dans la société des personnes âgées dépendantes de plus de 85 ans, à l'horizon 2050.

► **La pauvreté des personnes âgées. Rapport Petits Frères des Pauvres**

PETITS FRÈRES DES PAUVRES

2024

Paris, Petits frères des pauvres

https://1eroctobre.petitsfreresdespauvres.fr/wp-content/uploads/sites/8/2024/09/Rapport-PAUVRETE_V23_BD_compressed.pdf

Deux millions de personnes vivent le troisième âge sous le seuil de pauvreté. Ce chiffre de 2 millions correspond aux personnes de 60 ans et plus qui vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, un niveau relatif fixé à 60 % du niveau de vie médian (soit 1.216 euros par mois pour une personne seule, 1.824 euros pour un couple), précise l'association, tout en soulignant d'emblée que la pauvreté est aussi « multidimensionnelle » (matérielle, sociale, subjective, relationnelle...). La pauvreté touchait 10,6 % des 65-74 ans en 2022,

contre 7,5 % en 2017, selon l'Insee. Les seniors sont toutefois moins touchés que la population générale : neuf millions de personnes en France vivent sous le seuil de pauvreté, soit 14,4 % de la population. La pauvreté concerne 18,8 % des personnes âgées seules, contre 6,4 % de celles vivant en couple, selon l'Insee. Logiquement, les femmes sont donc plus exposées. En outre, le moindre travail des femmes parmi les générations plus âgées, des carrières hachées pour suivre leur mari en mutation professionnelle, des temps partiels pour s'occuper de leurs enfants ou de leurs proches, ont eu pour conséquence des pensions de retraite plus faibles. A cela s'ajoutent divorces et séparations qui réduisent leur niveau de vie. Le rapport rappelle un fait qui explique pour une part non négligeable le chiffre de 2 millions : « le minimum vieillesse est inférieur de 16,8 % au seuil de pauvreté pour une personne seule - soit un différentiel de 204 euros - et de 14 % pour un couple sans enfants - soit un différentiel de 254 euros ». Or en 2020, 635.300 personnes bénéficiaient du minimum vieillesse. Ce rapport se base à la fois sur une étude quantitative (réalisée auprès de 755 individus âgés de 60 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté) et sur une étude qualitative (entretiens en face à face auprès de personnes accompagnées par les Petits Frères des Pauvres âgées de 61 à 94 ans).

► **Not in Isolation: How Physician Networks Influence Evidence-Based Prescribing of Psychotropics to Older People with Dementia**

RANTS M., BLANKART K. ET LAURI K.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4959345

Clinical guidelines and the social environment can facilitate a reduction of low-value care. Peer influence within physician networks can significantly impact clinical behaviours, including the adoption or abandonment of certain prescribing practices. We examine the influence of physician peer networks on the de-implementation of prescribing psychotropics to people with dementia in the context of a change in the Finnish Clinical Guidelines on Memory Disorders in January 2017. Using data from the Finnish prescription register and instrumental variable estimation, which captures intransitive triads and relies on the peer relationships, we found that a one percentage point higher share of psychotropic prescribing within

physicians' patient-sharing peer network was associated with a 0.7 percentage point increase in the physician's psychotropic prescribing when controls and time-invariant physician characteristics were fixed. The publication of clinical guidelines alone is not sufficient to de-implement low-value care and underscores the need for consensus among physicians to facilitate de-implementation.

► **Length of Stay in Residential Aged Care: Patterns and Determinants From a Population-Based Cohort Study**

XI M.

2024

Sydney, University of New South Wales (CEPAR Working Paper 2024/13)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4913634

The length of stay in permanent residential care is a crucial metric for evaluating the utilization of institutional care and informing sustainable aged care policies. Understanding this metric is especially relevant in Australia, where the decision on how to pay the substantial nursing home accommodation costs must be made shortly after admission and is heavily influenced by the expected duration of stay. We investigate the length of stay in long-term institutional care by analyzing a cohort of older Australians first admitted to permanent residential care in 2008. By employing survival analysis that captures timevarying covariates, we find that, in addition to demographic factors like age and gender, the organization type of nursing homes and their service size significantly influence the length of stay. Failing to account for potential changes due to transfers between nursing homes can lead to a significant underestimation of the impact of organization type and service size.

► **Multi-State Health-Contingent Mortality Pooling: A Heterogeneous, Actuarially Fair, and Self-Sustaining Product**

ZHOU Y. ET DHAENE J.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4927272

There is a growing need for higher retirement incomes to cover the higher long-term care (LTC) costs when retirees become functionally disabled or ill. However, most of the existing mortality pooling products in the literature do not consider the health status of members. Hence, they do not provide higher retirement incomes to members who have LTC needs due to deteriorated health conditions. To address this issue, we propose a health-contingent mortality pooling product that is actuarially fair and self-sustaining, featuring health-state-dependent income payments. The proposed framework allows free transitions between health states so that recovery from functional disability is allowed. The framework has the flexibility to allow any number of health states, while we use a five-state model with the health states constructed from two dimensions, which are functional disability and morbidity. Moreover, the product allows heterogeneity so members can have different ages, contributions, initial health states, joining times, and rates of investment returns. Allowing heterogeneous members to join helps increase the pool size and generate more stable income payments. We find that the proposed health-contingent pooling product consistently provides significantly higher retirement incomes to members with functional disability and morbidity, while the costs to healthy members are relatively low. We also find that the jump in income payments happens immediately when there is a transition to a less healthy state, allowing members to quickly obtain higher incomes to cover the higher costs incurred by being functionally disabled or ill. Meanwhile, if the member recovers from functional disability, the income payments will decrease to reflect the reduced LTC cost.



Index des auteurs

Author index

A

Abraham K-G. et Farber H-S.....	13
Abram R.....	33
Académie Nationale de Pharmacie	52
Adda A.....	16
Adema W.....	21
Agachi E.....	17
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....	30
Agnihotri P.....	16
Ahammer A.....	37 , 57
Airagnes G.....	58
Alexeev M.....	64
Alkarkhi T.....	31
Andersen-Ranberg K.....	38
Angulo-Pueyo E.....	55
Arifoglu K.....	31
Arnault F.....	52
Aubert E.....	22
Auvigne F.....	17
Aydilek G.....	63

B

Bardou L.....	45
Barbu A.....	21
Barrientos A.....	55
Bassoli E.....	18
Batty J.....	38
Baures E.....	25
Becker S.....	58
Bell D. N. F.....	47
Benati I.....	56
Bensaada A.....	48
Bensmail D.....	15
Bergvall S.....	47
Bernal-Delgado E.....	55
Bigot J.....	43
Billaudeau N.....	46
Biro A.....	58
Bjoerkheim M.....	15
Black N.....	33
Blake H.....	24
Blanchet D.....	24 , 64

C

Cadillac M.....	27
Caferra R.....	16
Cahour L.....	38
Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole	14
Callonnet G.....	25
Campese C.....	43
Carrère-Gée M.-C.....	18
Carrino L.....	18
Casamatta D.....	49
Cati M-M.....	56
Catin M.....	47
Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.....	18
Centre National de Gestion.....	31
Chabrol F.....	51
Champion H.....	22
Che C.....	44
Chesneau J.....	38
Chethik S. M.....	44
Clouet H.....	18

Coccia M.....	56
Colacce M.....	65
Collectif Alerte.....	34
Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.....	13
Commission des comptes de la Sécurité sociale	19
Cordoba J.....	65
Costa T.....	59
Cour des comptes.....	52
Currie J.....	53

D

Dahlstrand A.....	16
D'Arco A.....	46
Darcos L.....	46
Darzi L.....	57
Davillas A.....	26 , 65
Day S.....	28
Debatisse A.....	62
Debeugny G.....	21
Dedyukhin I.....	64
Dejours C.....	59
De Nardi M.....	33 , 34 , 36
Dhaene J.....	69
Di Meo G.....	60
Direction de la sécurité Sociale	19
Direction de la Sécurité Sociale	65
Dong X.....	60
Dottin A.....	32
Drost J.....	22
Duarte A.....	60
Duchaine F.....	15
Dugos P.....	19

E

Elek P.....	58
Ellegard L.-M.....	34
Ellis C.-M.....	20
Emanuela R.....	47
Eryilmaz O.....	60
Escalon H.....	28
Espagnacq M.....	15 , 22 , 39
Esson M.....	20
Esteve De Pradel A.....	22
Evans M.....	64
Evren A.....	35

F

Fadlon I.....	16
Farzana S.....	13
Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés	60
Feng S.....	39
Fernstrom C.....	47
Fevang E.....	61
Fidrmuc J.....	35
Firouzi-Naeim P.....	37
Firth I.....	25
Fondation Roche	44
Fouillet A.....	27
Fournier F.....	56
Francetic I.....	32
Freak-poli R.....	27
Fromentin P.....	48

G

Gahramanov E.....	66
Galeotti T.....	26
Gallagher R.....	20
Ganguli I.....	39
Gannon F.....	66
Gaudilliere J. P.....	51
Gelhen A.....	58
Gendreau J.....	52
Geyer J.....	58 , 66
Giancarlo L.....	47
Glennerster R.....	44
Goncalves J.....	61
Gordon L.V.....	14
Gosselin B.....	46
Gravelle H.....	53
Grimaldi A.....	40
Guettai S.....	48
Guillotin V.....	40
Gumas E.....	56

H

Haan P.....	66
Haering A.....	29
Hamieh N.....	58
Hampson G.....	44
Harpet C.....	25



Haut Conseil de la Famille, de l'Enfant et de l'Age	67
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale	20
Haute Autorité de Santé.....	32 , 41
Henderson N.....	25
Henno O.	20
Hitch J.	25
Horioka C.-Y.	66
Hoskins S.	40
Hull M.	14

I

Imbert C.....	20
Institut National du cancer.....	27

J

Jacquetin F.	25
Jenkins S. P.	27
Johnston D.	33
Johnston D.-W.	40
Jomier B.	20
Jones A.	65
Jung J.	61
Jusot F.	35

K

Kab S.	46
Kaeding M.	29
Kaestner R.	20
Karaoglan D.	63
Kerhuel B.	17
Khanal M.	21
Kim M.	57
Kjellsson G.	34
Konty K.	28
Kovacs R.	34
Kunz J.-S.	40

L

Lacovelli X.	18
Ladaique M.	21
Langlard G.	49

Lastier D.	21
Lauri K.	68
Lazzari M.	29
Leaune E.	49
Le Bouler S.	67
Le Clainche C.	28
Lee Y.	39
Lefevre N.	23
Legros F.	66
Le houerou A.	63
Le lay S.	59 , 60
Lemozy F.	59
Le nestour N.	16
Le Retif S.	30
Lévêque-Morlais N.	30
Liddo G.	16
Lizardi E.-R.	61
Lleras-muney A.	35
Longhurst C.	16
Lucchese E.	29
Luong T.	25
Lyu Y.	53

M

Mackinnon J.	21
Maclean J.-C.	60
Macleod W.-B.	53
Makhzoum S.	67
Mangeney C.	29
Manrique-abril F.	67
Marino C.	26
Marrero A. S.	36
Marroig A.	65
Marsaudon A.	28 , 35
Matos L.	62
Matta J.	58
Mcgee R.	36
Mcnamara C.	53
Meacock R.	32
Meckel K.	48
Melo V.	15
Mendez S.	53
Methy N.	62
Michaels G.	16
Miele K-R	62
Mina-Billard E.	49
Ministère chargé de la Santé.....	33 , 41 , 48
Mintz J.	21
Moisan F.	62

Morone A.....	16
Morra M.	29
Musen K.....	53

N

Naing L.....	45
Napier M.....	44
Neri M.....	44
Nezet M.....	29
Nguyen M.....	25

O

Observatoire du département de Loire-Atlantique	68
OCDE.....	15
Oliveira A.-T.....	62
Oliveira D.	26
Orcel V.	54
Organisation Mondiale de la Santé	44
Organisation Mondiale du Travail	26
Owen A.....	13
Özer M.....	35

P

Pacheco lopez M.....	67
Packham A.	37
Pariente-Mercier I.	22
Parsan S.-J.....	57
Perez-Mesa D.	36
Perreti-Ndiaye M.	25
Pesme P.	24
Petits Frères des Pauvres.....	68
Phinera-horth A.	35
Pichetti S.	22
Pineda-Torres M.	53
Pinede D.	50
Piyush A.....	14
Polishchuk L.	64
Porta Bonete F.	49
Post G.	16
Powell D.	60
Pradier C.	45
Prady P.	19
Pruckner G.	55 , 57

Q

Quintin C.....	46
----------------	----

R

Raftopoulou A.....	26
Rahman H.-A.....	45
Ramond Roquin A.	54
Rantsi M.....	68
Regaert C.	39
Ren H.	31
Réseau Sentinelle.....	28
Reynard R.	42
Richard O.	35
Richer M.-P.	63
Ridao-Lopez M.	55
Rist S.	18
Rittenhouse K.	48
Rivera C.	27
Rocha-Gomes J.	61
Rochaix L.	28
Rochut J.	58
Roed K.	61
Rouland B.	58
Ruhm C-J.	49
Russo N.	36

S

Salanave B.	28
Sarode A.	22
Schiman C.	20
Schwandt H.	35
Sénat	15 , 23 , 54
Sermet C.	39
Severino E.	50
Shah A.	56
Shields M. A.	27
Shrestha V.	61
Siciliani L.	32
Sigaud L.	15
Stiftinger F.	55 , 57
Strombotne K.	28
Subedi K.	23
Su E.	22

T

Tang X.....	66
Tellez pinerez C.....	67
Tellier-Poulain M.....	41
Tezcan T.....	31
Thirault A.....	50
Tomé-Gertheinrichs E.....	43
Torres S.....	56
Tortelli A.....	50
Touze V.....	64, 66
Triolle A.....	23
Tun H.-M.....	45

Z

Zarka S.....	63
Zhang Z.....	53
Zhou Y.....	69
Zocher K.....	55

V

Vacas F.....	54
Vandendooren S.....	50
Vautard A.....	49
Verdot C.....	28
Vezinat N.....	51
Vierboom Y.-C.....	64

W

Wasmer E.....	59
Wenta J.....	46
Werbeck A.....	29
Wherry L.....	35
Wittwer J.....	35
Woxstrom S.....	42

X

Xi M.....	69
-----------	----

Y

Yan J.....	14
Yon A.....	30
Yong J.....	53
Yu S.....	37