

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Février 2022 / February 2022

Démographie	<i>Demography</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health – Medical Technologies</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicament	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology – Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique Sociale	<i>Social policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire

Contents

Démographie

Demography

Covid

- 9 **Neuf mois après le premier confinement, une baisse plus marquée des naissances dans les territoires fortement touchés par l'épidémie**
Bree R. L., Breton D., Ducharme T., et al.
- 9 **France, portrait social. Edition 2021**
Demaison C., Grivet L., Lesdos C., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 10 **Multiple Pricing For Health Care Services**
Abdersson T., Enache A., Erlanson A., et al.
- 10 **The Responsiveness of Medicaid Spending to the Federal Subsidy**
Bundorf K. et Kessler D. P.
- 10 **Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie**
Cour des Comptes
- 10 **The Impact of Provider Payments on Health Care Utilization: Evidence From Medicare and Medicaid**
Darden M. E., Dowdy D. et Gardner L.
- 11 **When (And Why) Providers Do Not Respond to Changes in Reimbursement Rates**
Dillender M., Jinks L. G. et Lo Sasso A. T.
- 11 **Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ?**
France Stratégie
- 12 **Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale**
Haut Conseil du financement de la protection sociale
- 12 **La protection sociale**
Nezosi G.

- 12 **Etat des lieux et perspectives pour la prévoyance**
Renaudin A.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- 13 **Comment évaluer la satisfaction et le ressenti des utilisateurs grand public et professionnels par rapport aux services numériques en santé ?**
Conseil du Numérique en Santé
- 13 **Medical Innovations and Ageing: A Health Economics Perspective**
Grossmann V.
- 13 **Laying the Foundations For Artificial Intelligence in Health**
Oliveira Hashiguchi T., Slawomirski L. et Oderkirk J.
- 14 **Ethics and Governance For Artificial Intelligence For Health**
Hawking S.
- 14 **Survey Results: National Health Data Infrastructure and Governance**
Oderkirk J.
- 14 **Citizens' Perception of and Engagement with Health Data Secondary Use and Sharing in Europe – a Literature Review**
Perrin Z. et Mathieu L.
- 14 **Empowering the Health Workforce to Make the Most of the Digital Revolution**
Socha-Dietrich K.

État de santé

Health status

- 15 **Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool - rapport 2020**
Addictions France
- 15 **Health Shocks of the Father and Longevity of the Children's Children**
Costa D.

- 16 **Assessing Short Term and Long Term Economic and Environmental Effects of the Covid 19 Crisis in France**
Malliet P., Reynes F., Landa G., et al.
- 16 **Causes and Consequences of Illicit Drug Epidemics**
Moore T. J. et Pacula L. R.
- 16 **2021 WHO Health and Climate Change Survey Report**
OMS Bureau régional de l'Europe

Covid

- 17 **Vague épidémique en Outre-mer : territorialiser les réponses, amplifier le soutien**
Arnaud J. M. et Karoutchi R.
- 17 **Décès en 2020 et début 2021 : pas tous égaux face à la pandémie de Covid-19**
Blanpain N. et Papon S.
- 17 **En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins**
Costemalle V., Gaini M., Hazo G. B., et al.
- 18 **Germs in the Family: The Long-Term Consequences of Intra-Household Endemic Respiratory Disease Spread**
Meltem Davsal. N., Ding H. et Rossin-Slater M.
- 18 **Excess Deaths in the United States During the First Year of Covid-19**
Ruhm C. J.
- 19 **La crise de la Covid-19, un puissant révélateur de l'impact du genre dans la santé : étude comparative entre la France et les États-Unis**
Vidal C. et Merchand J.

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 19 **Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées**
Carrere A., Couvert N. et Missegue N.

Covid

- 20 **Covid-19 : suivre l'évolution de l'épidémie au plus près des territoires**
Santé Publique France

Handicap *Disabiliy*

- 20 **Pendant la pandémie et après. Accompagner les personnes en situation de handicap : retour d'expériences, enjeux éthiques et perspectives**
Claeys S.
- 20 **Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM). Etat des lieux**
Ors Occitanie

Hôpital *Hospital*

- 21 **Rapport d'information sur les groupements hospitaliers de territoires**
Delatte M. et Dharréville P.
- 21 **L'HAD à l'avant-garde des réformes : rapport d'activité 2020-2021 de la FNEHAD**
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile
- 21 **Atlas des systèmes d'information hospitaliers**
Ministère chargé de la Santé
- 21 **The Impact of Supply-Driven Variation in Time to Death on the Demand For Health Care**
Laudicella M. et Li Donni P.
- 21 **Did the Hospital Readmissions Reduction Program Reduce Readmissions? An Assessment of Prior Evidence and New Estimates**
Ziedan E. et Kaestner R.

Inégalités de santé *Health inequalities*

- 22 **Health Poverty**
Apouey B. et Madden D.
- 22 **Améliorer la connaissance et le suivi de la pauvreté et de l'exclusion**
Berhuet S., Croutte P. et Datsenko R.
- 23 **World Inequality Report 2022**
Chancel L., Piketty T., Saez E., *et al.*
- 23 **Do Refugees with Better Mental Health Better Integrate? Evidence From the Building a New Life in Australia Longitudinal Survey**
Dang H. A., Trinh T. A. et Verme P.
- 23 **La parole des personnes en situation de précarité sur l'accès aux soins : Rapport d'enquête de France Assos Grand Est**
France Assos Santé
- 24 **Procédure d'admission au séjour pour soins : rapport au Parlement**
Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- 24 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2021**
Secours Catholique

Covid

- 24 **Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé : Rapport**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 25 **Inégalités Sociales de Santé en temps de crise sanitaire**
Ireps Auvergne Rhône-Alpes

Médicament *Pharmaceuticals*

- 25 **The Effects of Becoming a Physician on Prescription Drug Use and Mental Health Treatment**
Anderson D. M., Diris R., Montizaan R., *et al.*
- 25 **Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2020**
Comité Economique des Produits de Santé

- 25 **Le recours aux antalgiques opioïdes dans le traitement de la douleur**
Diaz-Gomez C. et Millet M.

Covid

- 26 **Assessing the Global Burden of Post-COVID-19 Conditions**
IQVIA

Méthodologie – Statistique *Methodology – Statistics*

- 26 **Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité**
Betemps J. M., Rance E. et Roth N.
- 27 **Selection in Surveys**
Dutz D., Huitfeldt I. et Lacouture S.
- 27 **Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 - Note méthodologique détaillée**
Fouquet M.

Covid

- 28 **Modeling to Inform Economy-Wide Pandemic Policy: Bringing Epidemiologists and Economists Together**
Darden M. E., Dowdy D. et Gardner L.
- 28 **Researchers' Degrees-Of-Flexibility and the Credibility of Difference-In-Differences Estimates: Evidence From the Pandemic Policy Evaluations**
Weill J. A., Stigler M. et Deschenes O.

Politique de santé *Health Policy*

- 29 **Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé**
Ministère chargé de la Santé
- 29 **Santé et libertés : faut-il choisir ?**
Polton D. et Vinquant J. P.

Covid

- 29 **Designing Acceptable Anti-Covid-19 Policies By Taking into Account Individuals' Preferences: Evidence From a Discrete Choice Experiment**
Blavac T., Dubois D., Duchene S., et al.

Politique Sociale Social policy

- 30 **Conditions de ressources dans les politiques sociales : 15 propositions pour simplifier et harmoniser leur prise en compte**
Conseil d'État
- 30 **Extending and Maintaining Social Security Coverage – Americas**
Association Internationale de Sécurité Sociale
- 30 **Revue des dépenses socio-fiscales en faveur de la politique familiale**
Debeauvais J., Gueydan G., Alaoui O., et al.

Prévention Prevention

- 31 **International Evidence on Vaccines and the Mortality to Infections Ratio**
Aizenman J., Cukierman A., Jinjark Y., et al.
- 31 **La politique de prévention en France**
Cour des Comptes

Covid

- 31 **COVID-19 Vaccination Mandates and Vaccine Uptake**
Karaivanov A., Kim D., Shi E. N. L., et al.
- 32 **La vaccination contre la Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents - La campagne de vaccination des résidents d'Ehpad au début de l'année 2021**
Miron de L'Espinay A. et Pinel L.
- 32 **Estimation de l'efficacité vaccinale contre les formes graves de Covid-19 - Exploitation des appariements SI-VIC-SI-DEP-VAC-SI de février à novembre 2021**
Suarez Castillo M., Khaoua H. et Courtejoie N.

Psychiatrie Psychiatry

- 33 **Rapport 2021. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être**
Hedon C.

Covid

- 33 **Covid-19 and Mental Health: A Longitudinal Population Study From Norway**
Hvide H. K. et Johnsen J.
- 34 **Covid-19 : l'impact sur la santé mentale des jeunes**
Maes S.
- 34 **The Effects of the Covid-19 Pandemic on the Mental Health and Subjective Wellbeing of Workers: An Event Study Based on High-Frequency Panel Data**
Shmidtke J., Hetschko C., Schöb R., et al.

Sociologie Sociology

- 35 **Sociologie des prix**
Eloire F. et Finez J.
- 35 **De la prise de parole à l'émancipation des usagers : recherches participatives en intervention sociale**
Petiau A., Robert C. p. et Cingolani P. p.
- 35 **Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires**
Suchier M., Michel L. et Fournier C.

Soins de santé primaires Primary Health care

- 36 **Les flux d'internes de médecine. Suivi de la filiarisation 2013 - 2018**
Bocognano A. et Charrier R.
- 36 **Approche synthétique des besoins de la population dans les domaines couverts par certaines formations du 3ème cycle d'études médicales**
Bonnet C., Leclerc C., Noel C., et al.

36 Gender Differences in Medical Evaluations: Evidence From Randomly Assigned Doctors

Cabral M. et Dillender M.

37 La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension

Douguet F. et Vilbrod A.

37 La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée

Gilles Delalonde J., Afrite A. et Mousques J.

37 Skills For the Future Health Workforce

Maeda A. et Socha-Dietrich K.

38 Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale

Polton D., Chaput H. et Portela M.

38 La filière auditive en France et à l'étranger

Safon M. O.

38 Les parcours de soins des personnes victimes d'AVC

Safon M. O. et Suhard V.

39 Démographie des chirurgiens-dentistes. État des lieux et perspectives

Touze E. et Bocognano A.

Systemes de santé Health Systems

39 Comparing European Healthcare Systems

Boone J.

39 Market Reform in Dutch Health Care: Results, Lessons and Prospects

Jeurissen P. et Maarse H.

39 State of Health in the European Union : Companion Report 2021

Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé

40 State of Health in the UE : Profiles By Countries. France 2021

Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de santé

40 Health at a Glance 2021

Organisation de Coopération et de Développement Économiques

40 Réactivité des systèmes de santé face aux besoins des patients (Chapitre 14)

Organisation de coopération et de développement économiques

40 Potential Efficiency Gains and Expenditure Savings in the Italian Regional Healthcare Systems

Rizzi D. et Zanette M.

41 Décarboner la santé pour soigner durablement

Shift Project

Covid

41 Health Systems Resilience During Covid-19: Lessons For Building Back Better

Sagan A., Webb E., Azzopardi-Muscat N., et al.

Travail et santé

Occupational Health

42 The Value of Sick Pay

Adams-Prassl A., Boneva T., Golin M., et al.

42 Rapport annuel 2021. L'Assurance Maladie - Risques professionnels

Caisse Nationale d'Assurance Maladie

42 Plan Santé-Travail 3. Action 1.11 : Amélioration et prise en compte de la polyexposition. « Profils homogènes de travailleurs polyexposés »

Fourneau C., Pernelet Joly V., Sanchez M., et al.

43 Quelle est l'évolution de la fréquence du suivi des salariés par les services de santé au travail ?

Mauroux A.

43 4e plan Santé au travail 2021-2025

Ministère chargé du travail

43 La santé au risque du chômage - synthèse d'une enquête sur la santé des chercheurs d'emploi

Solidarités Nouvelles face au Chômage

Covid

- 44 **Remote Working and Mental Health During the First Wave of Covid-19 Pandemic**
Bertoni M., Cavapozzi D., Pasini G., et al.
- 44 **Moins à risque face à la Covid-19, les jeunes adultes subissent les contrecoups économiques et sociaux de l'épidémie**
Echegu O., Papagiorgiou H., Pinel L., et al.

Vieillessement Ageing

- 45 **Health and Aging Before and After Retirement**
Abeliansky A. et Strulik H.
- 45 **Les prix des résidences autonomie en 2018 et 2019**
Abhizat H., Toupin M. H. et Zemirli Y.
- 45 **Pour huit français sur dix, profiter le plus longtemps possible de la retraite reste la principale motivation de départ**
Arnaud F., Ferret A., Nortier-Ribordy F., et al.
- 46 **The Heterogeneous Effects of the Great Recession on Informal Care to the Elderly**
Carro J. M. et Pronkina E.
- 46 **La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**
Cour des Comptes
- 46 **Health, an Ageing Labour Force, and the Economy: Does Health Moderate the Relationship Between Population Age-Structure and Economic Growth?**
Cylus J. et Al Tayara L.
- 47 **Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge**
Fédération Française des Assurances
- 47 **Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (Domicile ou EHPAD)**
Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'Age
- 47 **Les Ehpad et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie**
Lesueur D., Bayard S.

- 47 **Heurs et malheurs du système universel de retraite**

Masson A. et Touze V.

- 48 **Dynamic Analysis of Loneliness and Disability at Older Ages in Europe By Gender**

Pagan R. et Malo M.

- 48 **Mettre le "value-based aging" au coeur des politiques de dépendance**

Rapp T., Roquebert Q. et Sicsic J.

- 48 **The Impact of Co-Payments For Nursing Home Care on Use, Health, and Welfare**

Tenand M., Bakx P. et Wouterse B.

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

Zaidman C.

Covid

- 49 **Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators**

Organisation de Coopération et de Développement Economiques

- 49 **Impact du confinement : une charge supplémentaire pour les aidants**

Union Nationale des Associations Familiales

Covid

► **Neuf mois après le premier confinement, une baisse plus marquée des naissances dans les territoires fortement touchés par l'épidémie**

BREE R. L., BRETON D., DUCHARNE T., *et al.*
2021

In: [France, portrait social. Edition 2021.]. Paris : Insee: 27-38

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>

De décembre 2020 à février 2021, neuf mois après le premier confinement décidé à la suite de la première vague de l'épidémie de Covid-19 en France, le nombre de naissances a fortement baissé par rapport aux trois hivers précédents. Les inquiétudes liées au contexte sanitaire et économique ou encore l'accès difficile voire impossible aux centres de procréation médicalement assistée ont pu conduire un certain nombre de personnes à reporter ou abandonner leur projet de parentalité. Le recul de la natalité a été plus marqué dans les départements particulièrement touchés par la première vague de l'épidémie, pour la plupart situés dans le nord et l'est de la France. L'importance de ce recul semble en revanche moins liée à l'ampleur de la dégradation de la situation économique. Les ménages vivant en zone urbaine ou dans les communes les plus touchées par la pauvreté ont davantage reporté ou ajourné leur projet de parentalité. Au printemps 2021, le nombre de naissances repart à la hausse, mais sans combler la baisse de l'hiver. La baisse de la natalité s'est poursuivie dans un quart des départements. Dans les autres, le déficit est rarement comblé, surtout dans les départements où la baisse a été la plus forte en hiver. La baisse du nombre de naissances a été plus forte chez les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans) et les plus âgées (40 ans ou plus). Au printemps, la natalité des premières a continué d'être inférieure à celle des années précédentes, tandis qu'elle a rebondi pour leurs aînées.

► **France, portrait social. Edition 2021**

DEMAISON C., GRIVET L., LESDOS C., *et al.*
2021

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>

Cet ouvrage apporte un éclairage sur plus d'un an de crise sanitaire, aux conséquences économiques et sociales inédites : Comment ont évolué la mortalité et la santé de la population au cours des différentes vagues ? Quel a été le niveau d'adoption des mesures de prévention ? Comment le système de soin a-t-il été impacté ? Quels territoires ont été les plus touchés par la baisse des naissances observée neuf mois après le premier confinement ? Quelles sont les conséquences de la crise sur les revenus des ménages et sur le marché de l'emploi ? Comment les jeunes ont-ils vécu cette crise ?

Health Economics

► Multiple Pricing For Health Care Services

ABDERSSON T., ENACHE A., ERLANSON A., *et al.*
2021

Working Paper 2021:14. Lund Lund University.

https://project.nek.lu.se/publications/workpap/papers/wp21_14.pdf

This paper provides a theoretical model that captures the essential features of a Swedish health care reform where private and public health care providers serve patients with certain functional impairments, but where only private providers can reject service requests from patients. Since the hourly price compensation is fixed, this type of systems is expected to result in a monetary deficit for public providers (since they cannot reject proposals from “unprofitable” patients). This paper proposes a more advanced pricing system and characterizes its optimal solution. A numerical analysis demonstrates that the deficit for the public provider can be substantially reduced without affecting the total budget.

► The Responsiveness of Medicaid Spending to the Federal Subsidy

BUNDORF K. ET KESSLER D. P.
2021

NBER Working Paper ; 29492. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29492>

Although economic theory suggests that the federal government can influence spending by states through subsidies to programs that states operate, no recent work has quantified the magnitude of this effect for Medicaid, the largest program of this type in the U.S. We find that Medicaid spending per enrollee responds to the magnitude of the federal subsidy. The Affordable Care Act (ACA) and its subsequent interpretation by the Supreme Court gave states the option to expand eligibility for their Medicaid programs in exchange for increases in the generosity of the federal subsidy. States that exercised this option increased Medicaid spending per enrollee on enrollees who were eligible even before the ACA by approximately 15 percent. Depending on the specification, this translates into an elasticity of Medicaid spending per enrollee with respect to the after-subsidy price of Medicaid to a state of -0.494 to -0.579.

► Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie

COUR DES COMPTES
2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sante-garantir-lacces-des-soins-de-qualite-et-resorber-le-deficit-de-lassurance>

De manière structurelle, l'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par les effets du vieillissement de la population et par l'expansion des pathologies chroniques sur les dépenses de santé. En outre, les impacts de la crise sanitaire sur les recettes comme sur certaines dépenses risquent de creuser davantage et durablement les déficits de l'assurance maladie. Pour amorcer son retour à l'équilibre et garantir l'accès à des soins de qualité, il sera essentiel de mobiliser des marges d'efficacité dans quatre directions : l'organisation des soins, la rémunération des acteurs de la santé, les causes évitables des dépenses, et la contribution des technologies numériques à la transformation du système de santé.

► The Impact of Provider Payments on Health Care Utilization: Evidence From Medicare and Medicaid

DARDEN M. E., DOWDY D. ET GARDNER L.
2021

NBER Working Paper ; 29471. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29471>

Provider payments are the key determinant of insurance generosity within many health insurance programs covering low-income populations. This paper analyzes the effects of a large, federally-mandated provider payment increase for primary care services provided to low-income elderly and disabled individuals. Drawing upon comprehensive administrative payment and utilization data, we leverage variation across beneficiaries and across providers in the policy-induced payment increase in difference-in-differences and triple differences research designs. The estimates indicate that the provider payment reform led to a 6.3% increase in the targeted services provided to

eligible beneficiaries, indicating an implied payment elasticity of 1.3. Further, the provider payment reform decreased the fraction of low-income beneficiaries with no primary care visit in a year by 9%, completely closing the gap relative to higher-income beneficiaries with the same observable characteristics. Additionally, the results indicate that the payment reform caused an increase in established patient visits, with no increase in new patient visits. Heterogeneity analysis indicates that the payment increase led to an expansion of utilization for many subgroups, with somewhat larger effects among beneficiaries who are younger, are white, and live in areas with many primary care providers per capita.

► **When (And Why) Providers Do Not Respond to Changes in Reimbursement Rates**

DILLENDER M., JINKS L. G. ET LO SASSO A. T.
2021

NBER Working Paper ; 29564. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29564>

High health care prices contribute to the United States spending more on health care than any other country, but policies that reduce health care payments have the potential to lead to health care access issues if providers reduce their supply in response to reimbursement rate reductions. In this paper, we examine the impact of reimbursement rates on health care supply by studying a policy that reduced reimbursement rates by 30% in one of the highest-reimbursing workers' compensation insurance systems in the nation. Despite the large decrease in reimbursement rates, we find no evidence that the policy affected the amount of health care that injured workers receive or recoveries after injuries. Our estimates suggest that the policy reduced annual workers' compensation medical costs by over \$400 million and indicate that providers may be operating on the inelastic portion of the supply curve for care paid for by high-reimbursing payers.

► **Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ?**

FRANCE STRATÉGIE
2021

Paris France Stratégie.
<https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillessement-de-population>

Entre 1979 et 2019, la part des plus de 60 ans dans la population est passée de 17 % à 26 %. Ce vieillissement a alimenté la hausse des dépenses de protection sociale, qui ont progressé sur la même période de 25 % à 31 % du PIB. De fait, les dépenses de santé et de retraites, qui bénéficient largement aux plus de 60 ans, représentent aujourd'hui les trois quarts des dépenses de protection sociale. Pour autant, depuis une décennie, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB s'est stabilisée, alors que le vieillissement de la population se poursuivait. Comment cette stabilisation a-t-elle été réalisée, et donc, qui paie le coût du vieillissement de la population ? Pour répondre à cette question, on mobilise ici les comptes de transferts nationaux (CTN) qui proposent des profils par âge de consommation, de revenu, de transferts publics et privés, reçus et versés. Ces comptes permettent de décomposer l'évolution des dépenses dont bénéficie un groupe d'âge en un facteur démographique, lié au poids de ce groupe dans la population, et un facteur « politique », lié au choix du niveau moyen de dépense par tête à âge donné. Plusieurs enseignements se dégagent. Tout d'abord, les plus de 60 ans reçoivent, collectivement, une part croissante des dépenses de protection sociale. Mais depuis une dizaine d'années, cette part augmente moins vite que la part des plus de 60 ans dans la population. Autrement dit, le montant des prestations de protection sociale reçues en moyenne par une personne de plus de 60 ans augmente moins vite que le PIB par habitant. Cela s'explique principalement par la montée en puissance des réformes successives du système de retraite. Ensuite, la diversification des ressources de la protection sociale s'est traduite par une mise à contribution plus forte des plus âgés : poids croissant, dans les ressources de la protection sociale, de la contribution sociale généralisée (CSG) et des impôts et taxes affectés, qui reposent sur une assiette large, et diminution du poids des cotisations sociales, qui ne reposent que sur le travail. Au total, si les plus de 60 ans restent bénéficiaires nets de la protection sociale, les transferts qu'ils reçoivent en moyenne individuellement, nets de leurs contributions à son financement, ont diminué significativement au cours de la dernière décennie. Cela a permis en retour de limiter pour les actifs la hausse des coûts associés au vieillissement de la population.

► **Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE
2021

Paris : HCFiPS

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2021-06-10_note_hcfips_-_loi_organique_0.pdf

Deux propositions de loi organique relatives d'une part relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, d'autre part aux lois de financement de la sécurité sociale sont actuellement soumises à l'examen d'une commission spéciale « LOLF – LFSS » de l'Assemblée Nationale pour un examen envisagé en première lecture au mois de juillet prochain. Une proposition de loi organique relative aux LFSS a également été présentée par le rapporteur général de la Commission des affaires sociales du Sénat. Les deux propositions de loi organique relative aux lois de financement, sur lesquelles se concentre le présent document, se font l'écho de plusieurs propositions du HCFiPS, ainsi que le notent les exposés des motifs.

► **La protection sociale**

NEZOSI G.
2021

Paris : La Documentation française

Cette nouvelle édition présente la protection sociale en France en 2021, à l'aune notamment du véritable tsunami causé par la crise sanitaire sur les comptes sociaux (un déficit record de 72 milliards d'euros est attendu au titre de 2020 et les années suivantes devraient connaître des déficits élevés). Il est aussi question du risque dépendance, institué par les lois du 7 août 2020 en tant que cinquième branche de la Sécurité sociale et qui devrait connaître un très fort développement avec le vieillissement de la population française et l'élévation de l'espérance de vie.

► **Etat des lieux et perspectives pour la prévoyance**

RENAUDIN A.
2021

Paris Le Cercle de l'Assurance.

<http://cercledelepargne.com/wp-content/uploads/2021/11/Rapport-sur-la-Prevoyance-Etat-des-lieux-et-perspectives.pdf>

Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, Santé publique France s'est mobilisée, avec ses partenaires, pour faire évoluer un système de surveillance territorialisé afin de suivre l'épidémie, construire des outils pour freiner son évolution, tout en veillant à garantir la transparence sur ces données, participant ainsi activement à l'information de tous via de nombreux outils d'informations. Dans ce cadre, pour chaque région ont été produits tout au long de la crise sanitaire des points de situation épidémiologique, publiés régulièrement sur le site internet, permettant de suivre de la dynamique de l'épidémie. Aujourd'hui, Santé publique France publie des premiers bilans de surveillance régionaux sur la période de mars 2020 à juin 2021. Ils permettent de décrire le dispositif d'observation – inédit dans l'histoire – mis en œuvre à l'occasion de cette pandémie, de produire une première estimation de l'impact sanitaire immédiat de la pandémie dans chacune des régions et d'esquisser des pistes d'amélioration du dispositif dans la perspective d'émergence de nouvelles menaces sanitaires.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Comment évaluer la satisfaction et le ressenti des utilisateurs grand public et professionnels par rapport aux services numériques en santé ?**

CONSEIL DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ
 2021

Paris : CNS

<https://esante.gouv.fr/actualites/conseil-du-numerique-en-sante-synthese-du-groupe-de-travail-evaluation-des-benefices-de-la-e-sante>

La e-santé prend une part grandissante dans les politiques de santé. Dans le cadre de la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », de grandes orientations ont été lancées pour transformer la santé numérique. Le plan de relance accompagne la transformation de la santé numérique par la mise en œuvre de la stratégie d'accélération « Santé numérique » qui s'inscrit dans « France relance » ; elle a pour ambition de faire de la France un leader mondial.

► **Medical Innovations and Ageing: A Health Economics Perspective**

GROSSMANN V.
 2021

CESifo working paper ; 9387. Munich CESifo.

https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp9387.pdf

This paper discusses the relationship between medical innovations and ageing from a health economics perspective and surveys empirical evidence on medical R&D incentives, R&D costs of pharmaceuticals, and the cost-effectiveness of health innovations. Particular focus is on the endogeneity of medical technological progress to expected market size and on the conceptualization of ageing as an accumulation of health deficits. The paper also discusses the role of medical progress for longevity and health inequality and presents a framework to assess the effect of increased longevity on the value of life.

► **Laying the Foundations For Artificial Intelligence in Health**

OLIVEIRA HASHIGUCHI T., SLAWOMIRSKI L. ET ODERKIRK J.
 2021

OECD Health Working Papers ; 128. Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/laying-the-foundations-for-artificial-intelligence-in-health_3f62817d-en

Artificial intelligence (AI) has the potential to make health care more effective, efficient and equitable. AI applications are on the rise, from clinical decision-making and public health, to biomedical research and drug development, to health system administration and service redesign. The COVID-19 pandemic is serving as a catalyst, yet it is also a reality check, highlighting the limits of existing AI systems. Most AI in health is actually artificial narrow intelligence, designed to accomplish very specific tasks on previously curated data from single settings. In the real world, health data are not always available, standardised, or easily shared. Limited data hinders the ability of AI tools to generate accurate information for diverse populations with potentially very complex conditions. Having appropriate patient data is critical for AI tools because decisions based on models with skewed or incomplete data can put patients at risk. Policy makers should beware of the hype surrounding AI and identify and focus on real problems and opportunities that AI can help address. In setting the foundations for AI to help achieve health policy objectives, one key priority is to improve data quality, interoperability and access in a secure way through better data governance. More broadly, policy makers should work towards implementing and operationalising the OECD AI Principles, as well as investing in technology and human capital. Strong policy frameworks based on inclusive and extensive dialogue among all stakeholders are also key to ensure AI adds value to patients and to societies. AI that influences clinical and public health decisions should be introduced with care. Ultimately, high expectations must be managed, but real opportunities should be pursued.

► **Ethics and Governance For Artificial Intelligence For Health**

HAWKING S.
2021

Genève OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

This quote by the famed physics Nobel Laureate reminds us of the great opportunities and challenges that new technologies hold in the health sector and beyond. In order to harness the power of science and innovation, WHO's Science Division was created in 2019 to support Member States in achieving the health-related Sustainable Development Goals (SDGs) and emergency preparedness and response. The Division provides global leadership in translating the latest in science, evidence, innovation, and digital solutions to improve health and health equity for all. This is in keeping with WHO's 13th Programme of Work (2019-2023) which stipulates that "...WHO's normative guidance will be informed by developments at the frontier of new scientific disciplines such as genomics, epigenetics, gene editing, artificial intelligence, and big data, all of which pose transformational opportunities but also risks to global health."

► **Survey Results: National Health Data Infrastructure and Governance**

ODERKIRK J.
2021

OECD Health Working Papers ; 127. Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/sti/survey-results-national-health-data-infrastructure-and-governance-55d24b5d-en.htm>

The strengthening of health data infrastructure and governance is a policy priority of the OECD. This report presents findings from the 2019-20 OECD survey of health data development, use and governance. Health ministries and health data authorities in twenty-three countries responded to the survey. Survey results indicate variability across countries in health data use and governance and identify a small number of countries with most of the policies and practices that protect privacy and health data security and foster the development, use, accessibility and sharing of key national health datasets for research and statistical purposes that were measured. The findings from the survey provide input for further discussion on health data development in multiple areas of work, notably in the digital community.

► **Citizens' Perception of and Engagement with Health Data Secondary Use and Sharing in Europe – a Literature Review**

PERRIN Z. ET MATHIEU L.
2021

Helsinki Finnish Innovation Fund Sitra

<https://tehdas.eu/app/uploads/2021/11/tehdas-citizens-perception-of-and-engagement-with-health-data-secondary-use-and-sharing-in-europe.pdf>

The secondary use and sharing of health data can be beneficial for public health and improve healthcare in multiple ways. However, many challenges of different nature arise when health data is being processed. The role of citizens in the processing of health data seems to be increasingly acknowledged at the European political level. Nonetheless, the only form of citizen's involvement that seems to exist in the legislation is the pre-requirement for consent. This exploratory literature review aims at deepening our knowledge on citizens' perceptions of and involvement with the secondary use of health data in Europe. It will help us identifying the key insights which have to be considered in our two next deliverables: a citizen e-consultation, and recommendations to encourage the involvement of citizens in the future European Health Data Space, which will be delivered to the EU Commission. This executive summary highlights the key conclusions that we drew from this literature review.

► **Empowering the Health Workforce to Make the Most of the Digital Revolution**

SOCHA-DIETRICH K.
2021

OECD Health Working Papers ; 129. Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/digital/empowering-the-health-workforce-to-make-the-most-of-the-digital-revolution-37ff0eaa-en.htm>

Digital technologies offer unique opportunities to strengthen health systems. However, the digital infrastructure only provide the tools, which on their own cannot transform the health systems, but need to be put to productive use by health workers. This report discusses how to engage and empower the health workforce to make the most of the digital revolution. While many health workers already use some digital tools and perceive the benefits that they bring to them and to patients, many also question the value digital technologies produce in health care or complain about technology getting in the way of work.

Moreover, health workers often report not having sufficient opportunities for the up-skilling required to fully use new technologies or that the legal, financial, and organisational aspects of work – designed in the pre-digital era – do not enable them to reap the full

benefits of these new technologies. Health workers and patients also demand appropriate safeguards against possible lack of transparency or threats to data privacy.

État de santé

Health status

► **Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool - rapport 2020**

ADDICTIONS FRANCE

2021

https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/08/Addictions_France_Rapport_lobbies_alcool_2020.pdf

L'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable, selon l'OMS. Il s'agit même de la première cause de décès évitables chez les 15-30 ans, selon l'Insee. Pourtant, en 2020, la normalisation de la consommation régulière d'alcool a fait l'objet de diverses campagnes de communication et d'influence de la part des alcooliers. Cette valorisation de la consommation d'alcool est d'autant plus problématique lorsqu'elle est portée par des parlementaires qui minimisent les impacts négatifs de l'alcool et notamment du vin. Ce quatrième rapport sur les pratiques des lobbies de l'alcool vise à démontrer l'influence et les pratiques mises en œuvre pendant l'année 2020 par l'ensemble des filières alcool, plus particulièrement la filière viticole. Ces pratiques peuvent nuire aux actions et aux politiques de prévention en santé publique, un domaine que les lobbies infiltrent en défendant des intérêts purement économiques, éloignés des approches globales et efficaces de prévention des risques. Addictions France a analysé des communications et plusieurs propositions politiques des lobbies face aux conséquences économiques de la crise sanitaire. Puis, elle s'est penchée sur les autres moments forts de 2020 qui ont suscité le débat autour du déni des allégations scientifiques, de la prévention et des violences liées à l'alcool.

► **Health Shocks of the Father and Longevity of the Children's Children**

COSTA D.

2021

NBER Working Paper ; 29553. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29553>

Whether and how a paternal health shock cascades across multiple generations to affect descendant health is understudied even though a link between ancestral living conditions and descendant health may constitute an important source of differences in the stock of health capital across families and thus across ethnic, racial and social groups. I study how a paternal health shock affects grandchildren's longevity in a unique setting where the ancestral stressor is the grandfather's ex-POW status in the US Civil War (1861-5) and the children are born after the war. Ancestral stress is associated with longevity after age 45 of male-line grandsons but not of granddaughters or female-line grandchildren. I rule out transmission through socioeconomic channels and direct cultural transmission from grandfather to grandson. An epigenetic explanation is consistent with observed male-line transmission at epigenetically sensitive ancestral ages and mediation by own late gestational conditions. Consistent with epigenetic reprogramming depending on the in-utero environment, the association between the veteran's ex-POW status and that of his male-line descendants declines across generations.

► **Assessing Short Term and Long Term Economic and Environmental Effects of the Covid 19 Crisis in France**

MALLIET P., REYNES F., LANDA G., *et al.*

2021

[hal-03403038. Paris OFCE.](#)

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03403038>

In response to the Covid-19 health crisis, the French government has imposed drastic lockdown measures for a period of 55 days. This paper provides a quantitative assessment of the economic and environmental impacts of these measures in the short and long term. We use a Computable General Equilibrium model designed to assess environmental and energy policies impacts at the macroeconomic and sectoral levels. We find that the lockdown has led to a significant decrease in economic output of 5% of GDP, but a positive environmental impact with a 6.6% reduction in CO2 emissions in 2020. Both decreases are temporary: economic and environmental indicators return to their baseline trajectory after a few years. CO2 emissions even end up significantly higher after the COVID-19 crisis when we account for persistently low oil prices. We then investigate whether implementing carbon pricing can still yield positive macroeconomic dividends in the post-COVID recovery. We find that implementing ambitious carbon pricing speeds up economic recovery while significantly reducing CO2 emissions. By maintaining high fossil fuel prices, carbon taxation reduces the imports of fossil energy and stimulates energy efficiency investments while the full redistribution of tax proceeds does not hamper the recovery.

► **Causes and Consequences of Illicit Drug Epidemics**

MOORE T. J. ET PACULA L. R.

2021

[NBER Working Paper ; 29528. Cambridge NBER.](#)

<https://www.nber.org/papers/w29528>

Large and rapid upswings in illicit drug use display similar properties to infectious disease epidemics. In this chapter, we review research to understand what causes drug epidemics and how they end. Drug market actors are subject to both positive and negative reinforcement that lead to rapid, nonlinear increases and decreases in drug market activity. There is evidence that drug epidemics cause serious problems, including drug overdoses, adverse birth outcomes, homicides, lower educational attainment, and migration from neighborhoods subject to intense drug market activity. Many of these costs are borne by those who do not consume or sell drugs. Given the frequency, size, and impacts of illicit drug epidemics, they deserve more attention by researchers and policy-makers.

► **2021 WHO Health and Climate Change Survey Report**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2021

[Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.](#)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038509>

De nombreux pays donnent la priorité à la santé et au changement climatique, mais manquent de fonds pour agir. Les pays ont commencé à donner la priorité à la santé dans leurs efforts pour protéger les personnes de l'impact du changement climatique, mais seulement un quart environ des personnes récemment interrogées par l'Organisation mondiale de la santé ont été en mesure de mettre pleinement en œuvre leurs plans ou stratégies nationaux de santé et de changement climatique. Les pays signalent un manque de financement; l'impact du Covid-19; et l'insuffisance des ressources humaines sont des obstacles majeurs au progrès.

Covid

► **Vague épidémique en Outre-mer : territorialiser les réponses, amplifier le soutien**

ARNAUD J. M. ET KAROUTCHI R.
2021

Paris Sénat.

<https://www.senat.fr/rap/r21-177/r21-177.html>

La quatrième vague épidémique liée au variant delta a particulièrement affecté les Outre-mer. L'état d'urgence sanitaire, en vigueur en Guyane depuis le mois d'octobre 2020, a été successivement étendu à La Réunion et en Martinique le 14 juillet 2021, en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin le 29 juillet, en Polynésie française le 12 août et en Nouvelle-Calédonie le 9 septembre. Seuls Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que Wallis-et-Futuna ont échappé à cette aggravation de la situation sanitaire. Ce contexte a conduit la mission d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités, à la demande de M. le Président du Sénat, à analyser les causes de la flambée de l'épidémie dans ces territoires et à en mesurer les conséquences, tant au plan sanitaire qu'économique et social.

► **Décès en 2020 et début 2021 : pas tous égaux face à la pandémie de Covid-19**

BLANPAIN N. ET PAPON S.
2021

In: [France, portrait social. Edition 2021.]. Paris : Insee : 11-26

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>

En raison de l'épidémie de Covid-19, le nombre de décès en France s'est fortement accru en 2020 et au premier semestre 2021 : +9,1 % toutes causes confondues en 2020 et +7,3 % au premier semestre 2021 par rapport aux périodes équivalentes de 2019. Les risques de décéder ont augmenté dès 35 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes, tandis que la mortalité des plus jeunes, surtout celle des hommes, a baissé compte tenu de l'effet « protecteur » des confinements. L'espérance de vie à la naissance a reculé de 0,5 an pour les femmes et 0,6 an pour les hommes en 2020, essentiellement du fait de la hausse de la mortalité des personnes de 70 ans ou plus. La perte d'espérance de vie en 2020 affecte en particulier les régions les plus

touchées par les deux premières vagues de l'épidémie : Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Hauts-de-France, mais aussi Mayotte, qui a cumulé épidémies de Covid-19 et de dengue. La pandémie a été plus meurtrière pour les personnes nées à l'étranger, en particulier celles nées en Afrique ou en Asie. Celles-ci résident en effet plus souvent dans les régions les plus touchées par l'épidémie et dans des communes à l'habitat dense, facteur associé à des risques de décès plus forts en 2020.

► **En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins**

COSTEMALLE V., GAINI M., HAZO G. B., *et al.*
2021

In: [France, portrait social. Edition 2021.]. Paris : Insee: 43-55

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421>

La pandémie de Covid-19 s'est traduite en France par quatre vagues épidémiques, au printemps et à l'automne 2020, début 2021, puis pendant l'été 2021. Bien que les pics se soient atténués au fil des vagues, leur durée a augmenté entre la première et la troisième vague, conduisant à un accroissement du nombre de formes graves de la maladie et de décès à chacune d'entre elles. En revanche, la quatrième vague, portée par un variant plus contagieux mais dans un contexte d'extension massive de la vaccination, est de moindre ampleur et de moindre durée. De l'émergence du virus à début septembre 2021, 460 000 personnes ont été hospitalisées et 116 000 sont décédées à l'hôpital ou en établissement social ou médico-social (dont Ehpad) lors d'une infection à la Covid-19. Si elles ne sont pas les plus contaminées, les personnes âgées sont les plus vulnérables : avant le vaccin, une personne de 70 ans ou plus sur cinq, hors Ehpad, développe une forme grave une fois infectée. Les maladies chroniques augmentent également le risque de forme grave. En ce qui concerne les mesures sanitaires pour lutter contre l'épidémie, en dehors des confinements de la population, le port du masque était généralisé en novembre 2020, lors du deuxième confinement, puisque moins d'une personne sur dix déclarait ne pas porter de masque lorsqu'elle sortait dans la rue. Une autre mesure est celle du dépistage des porteurs du virus

pour qu'ils puissent s'isoler : toujours en novembre 2020, environ la moitié des personnes contaminées étaient détectées à l'aide des tests virologiques de dépistage. Fin août 2021, près de 60 % de la population avait déjà réalisé au moins un test de dépistage depuis le début de l'épidémie. Enfin, la vaccination, débutée fin décembre 2020, a couvert un nombre rapidement croissant de personnes, en priorité les plus vulnérables. Lors de la rentrée scolaire 2021, près de 50 millions de personnes avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin. L'épidémie a également eu des impacts indirects sur la santé de la population, en raison notamment des conséquences pour le système de soins. Le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % en 2020, avec la déprogrammation de soins non urgents, un non-recours probable pour certaines maladies comme le cancer, mais aussi une baisse des accidents et des maladies infectieuses hors Covid-19. L'activité des soins de ville a diminué, surtout lors de la première vague. La santé mentale s'est dégradée, notamment chez les jeunes adultes.

► **Germs in the Family: The Long-Term Consequences of Intra-Household Endemic Respiratory Disease Spread**

MELTEM DAVSAL. N., DING H. ET ROSSIN-SLATER M.
2021

NBER Working Paper ; 29524. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29524>

While the Covid-19 pandemic has laid bare the large costs of infectious diseases, less attention has been paid to the impacts of more common, endemic respiratory viruses that frequently circulate in the population, especially when it comes to their potential long-term consequences for population health, human capital, and economic outcomes. This paper uses Danish population-level administrative data on 35 birth cohorts of children to provide a comprehensive analysis of both the mechanisms through which infants become infected by respiratory illnesses, as well as the consequences of early-life respiratory disease exposure for their later outcomes. First, we document a striking difference in the likelihood of severe respiratory illness by birth order: younger siblings have two to three times higher rates of hospitalization for respiratory conditions before age one than older siblings at the same age. We argue that the family unit is central in virus transmission, with older children "bringing home" the virus to their younger siblings. We then combine the birth order variation with within-municipality

variation in respiratory disease prevalence among preschool-aged children to identify differential long-term impacts of early-life respiratory illness between younger and older siblings. We find that moving from the 25th to the 75th percentile in the local disease prevalence distribution ("disease index") is associated with a 30.9 percent differential increase in the number of respiratory illness hospitalizations in the first year of life for younger compared to older siblings. In the long term, for younger relative to older siblings, we find a 0.5 percent differential reduction in the likelihood of high school graduation, and a 1.3 percent additional reduction in age-30 earnings.

► **Excess Deaths in the United States During the First Year of Covid-19**

RUHM C. J.
2021

NBER Working Paper ; 29503. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29503>

Accurately determining the number of excess deaths caused by the COVID-19 pandemic is hard. The most important challenge is accurately estimating the counterfactual count of baseline deaths that would have occurred in its absence. This analysis used new methods to: estimate this baseline metric; calculate excess deaths during the first year of the U.S. Covid-19 pandemic; and examine plausibility of the excess death estimates obtained in this and prior analyses. Total, group-specific and cause-specific excess deaths in the U.S. from March 2020 through February 2021 were calculated using publicly available data covering all deaths from March 2009 through December 2019 and provisional data from January 2020 through February 2021. The estimates indicate that there were 646,514 (95% CI: 597,514 to 695,520) excess deaths in the U.S. during this period, with 83.4% (95% CI: 77.5% - 90.2%) of these attributed directly to Covid-19. There were substantial differences across population groups and causes in the ratio of actual-to-baseline deaths, and in the contribution of COVID-19 to excess mortality. Prior research has frequently underestimated baseline deaths and so has overstated excess mortality and the percentage of it attributed to non-COVID-19 causes.

► **La crise de la Covid-19, un puissant révélateur de l'impact du genre dans la santé : étude comparative entre la France et les États-Unis**

VIDAL C. ET MERCHAND J.

2021

Paris Inserm.

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-03361856/document>

Dans la plupart des régions du monde, les chiffres sont saisissants : les hommes sont statistiquement plus nombreux à mourir de la Covid-19 que les femmes. Autre constat, les mesures de confinement et les retombées sanitaires et sociales de la pandémie ont rendu visibles, comme rarement auparavant, les situations d'inégalité entre femmes et hommes, en France et dans de nombreux pays. Ces observations soulignent à

quel point la prise en compte de la question du genre - allié à celle du sexe - constitue une dimension incontournable pour comprendre les mécanismes de l'infection et élaborer des mesures de prise en charge et de prévention. Dans cette perspective, nous avons entrepris de comparer l'impact de la Covid-19 en France et aux États-Unis, deux pays qui diffèrent largement dans la culture, l'économie et les politiques de santé. Nous verrons que cette comparaison fait paradoxalement ressortir de nombreuses similitudes qui ont pour dénominateur commun les rapports sociaux de genre, source majeure d'inégalités au détriment des femmes, sur les plans sanitaire, social et économique. Un deuxième point saillant concerne le dysfonctionnement des politiques publiques aux États-Unis qui peinent à garantir un système de santé égalitaire pour assurer les droits de femmes.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées**

CARRERE A., COUVERT N. ET MISSEGUE N.

2021

Dossiers de la Drees (88) Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD88.pdf>

En France métropolitaine, d'après les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) en ménages et en institution, 1,9 million de personnes âgées sont dépendantes au sens du groupe iso-resources (GIR) estimé en 2015. Parmi elles, un quart réside en établissement d'hébergement permanent et la moitié est aidée par un professionnel à son domicile. La prise en charge professionnelle (à domicile ou en établissement) est donc largement répandue une fois la dépendance installée. La proximité géographique des établissements et des intervenants à domicile facilite cette prise en charge, les personnes âgées préférant rester dans un cadre de vie connu. L'analyse des disparités territoriales d'accessibilité géographique aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, aux résidences autonomie ainsi qu'aux services d'aide et d'accompagnement à domicile à destination des per-

sonnes âgées constitue donc un enjeu majeur pour ces populations et les politiques publiques qui les accompagnent. Afin d'éclairer ces disparités, cette étude présente, pour la première fois, des indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui mesurent la plus ou moins grande facilité avec laquelle les personnes âgées susceptibles d'en avoir besoin peuvent accéder à l'offre existante, en s'affranchissant des limites administratives des territoires (commune ou département). Un intérêt majeur des indicateurs d'APL est en effet de tenir compte de l'offre existante et des besoins non seulement dans chaque territoire considéré mais également dans tous les territoires environnants, en tenant compte du temps d'accès à ces derniers. Des seuils de durée d'accès spécifiques à chaque modalité de prise en charge – établissements d'hébergement, résidences autonomie et services d'aide à domicile – ont été choisis car les problématiques liées aux déplacements entre le domicile et chacune de ces modalités sont différentes. Ce Dossier de la Drees représente ainsi la première étape, à vocation principalement méthodologique à ce stade, de travaux d'ampleur visant à développer des indicateurs sur l'adéquation géographique entre offres et besoins d'aides à l'autonomie des personnes âgées; des travaux ultérieurs viseront à affiner, compléter et améliorer les indicateurs présentés ici.

Covid

► **Covid-19 : suivre l'évolution de l'épidémie au plus près des territoires**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2021

Paris : Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/covid-19-suivre-l-evolution-de-l-epidemie-au-plus-pres-des-territoires>

Santé publique France publie des bulletins de santé publique régionaux dédiés au COVID-19 qui dressent un premier bilan de l'épidémie sur la période 2020-2021 et son impact immédiat au niveau de la région.

Handicap

Disabiliy

► **Pendant la pandémie et après. Accompagner les personnes en situation de handicap : retour d'expériences, enjeux éthiques et perspectives**

CLAEYS S.

2021

Paris Espace éthique Région Ile-de-France.

<https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/pendant-la-pandemie-et-apres-accompagner-les-personnes-en-situation-de>

► **Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM). Etat des lieux**

ORS OCCITANIE

2021

Toulouse : Creai-ORS

<https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/10/MAS-FAM-EAM-VF.pdf>

Cette note documentaire, commanditée par l'ARS Occitanie, a été diffusée lors des journées MAS- FAM "Viens chez moi, j'habite en établissement", qui se sont tenues à Toulouse du 8 au 10 novembre 2021. Elle propose un état des lieux sur les Maisons d'accueil spécialisé (MAS), les Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les Établissements d'accueil médicalisé (EAM). Elle rappelle le contexte réglementaire de ces dispositifs et présente les politiques publiques mises en place ainsi que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). Elle propose aussi quelques initiatives exemplaires dans lesquelles ces ESMS expérimentent de nouvelles modalités d'organisation et d'accompagnement pour fluidifier les parcours et favoriser l'autodétermination des personnes qui y sont accueillies.

Hospital

► **Rapport d'information sur les groupements hospitaliers de territoires**

DELATTE M. ET DHARRÉVILLE P.

2021

Paris Assemblée Nationale.

<https://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/i4814.pdf>

Au terme des travaux de la mission sur les groupements hospitaliers de territoire, les rapporteurs s'accordent pour considérer que les résultats obtenus peinent à être à la mesure des efforts fournis. Ils sont conscients de la nécessité de laisser du temps aux acteurs, pour s'approprier de nouveaux formats de coopération et pour faire mûrir des projets. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que la crise sanitaire a pu assez fortement perturber l'ordre du jour des établissements hospitaliers.

► **L'HAD à l'avant-garde des réformes : rapport d'activité 2020-2021 de la FNEHAD**

FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE

2020

Paris FNEHAD.

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2021/11/FNEHAD_RA20_web_pl.pdf

Ce rapport fait un bilan des avancées de l'HAD durant l'année 2020.

► **Atlas des systèmes d'information hospitaliers**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2021

Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_2020_-_vf.pdf

En collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie depuis 2013 l'atlas des systèmes d'information hospitaliers (SIH). L'objectif est de mettre à disposition de l'ensemble des acteurs de la santé, une cartographie du secteur, ses

données principales et ses tendances d'évolution sur le territoire.

► **The Impact of Supply-Driven Variation in Time to Death on the Demand For Health Care**

LAUDICELLA M. ET LI DONNI P.

2021

DaCHE discussion paper. 3/2021. Odense University of Southern Denmark.

https://econpapers.repec.org/paper/hhssduhec/2021_5f003.htm

Many high-income countries have successfully reduced hospital mortality in several acute health conditions. We test the hypothesis that variation in the supply of care directed to saving the life of individuals with a health shock may result in increasing the demand for health care as individuals are likely to contribute to the demand after surviving the health shock. We examined repeated cross-sections of individuals exposed to an AMI or a stroke over a time window of ten years in Denmark. Hospital survival probabilities in the interval 0- 30 days from the shock are used as an indicator of the supply, while individual health care expenditure in the interval 31-365 days is used as an indicator of the demand. We find the demand is highly elastic to supply-driven variation in time to death. Results are robust to a placebo test on individuals exposed to the shock without entering time to death.

► **Did the Hospital Readmissions Reduction Program Reduce Readmissions? An Assessment of Prior Evidence and New Estimates**

ZIEDAN E. ET KAESTNER R.

2021

NBER Working Paper ; 29545. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29545>

In this article, we provide a comprehensive, empirical assessment of the hypothesis that the Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) affected hospital readmissions. In doing so, we provide evidence as to the validity of prior empirical approaches used to evaluate the HRRP and we present results from a pre-

viously unused approach to study this research question—a regression-kink design. Results of our analysis document that the empirical approaches used in most prior research assessing the efficacy of the HRRP often lack internal validity. Therefore, results from these studies may not be informative about the causal consequences of the HRRP. Results from our regression-kink analysis, which we validate, suggest that the HRRP had little effect on hospital readmissions. This

finding contrasts with the results of most prior studies, which report that the HRRP significantly reduced readmissions. Our finding is consistent with conceptual considerations related to the assumptions underlying HRRP penalty; in particular, the difficulty of identifying preventable readmissions, the highly imperfect risk adjustment that affects the penalty determination and the absence of proven tools to reduce readmissions.

Inégalités de santé

Health inequalities

► Health Poverty

APOUEY B. ET MADDEN D.

2021

UCD Centre for Economic Research Working Paper Series; WP2021/16. Dublin UCD.

<https://researchrepository.ucd.ie/handle/10197/12557>

Poverty is typically measured with respect to some measure of individual or household resources, such as income or expenditure. However, there is no formal reason why poverty can not also be measured with respect to other important dimensions of the human condition, such as health or education. Here we review the analysis of health poverty. We predominantly focus on research which has appeared in the economics or health economics literature, and so much of our review will concentrate on the degree to which the methodology of poverty analysis as it stands for income poverty can also be applied in a health setting. We will see that this depends greatly upon the nature of the data available to the analyst, and in many cases the nature of health data will limit the range of poverty measures available.

► Améliorer la connaissance et le suivi de la pauvreté et de l'exclusion

BERHUET S., CROUTTE P. ET DATSENKO R.

2021

Paris Credoc.

<https://www.credoc.fr/publications/ameliorer-la-connaissance-et-le-suivi-de-la-pauvrete-et-de-l'exclusion-sociale>

Il n'existe pas en France une seule et unique approche de la pauvreté. Plusieurs définitions coexistent, qui n'en soulignent pas les mêmes contours et ne suivent pas les mêmes évolutions au cours du temps. La période récente est assez remarquable de ce point de vue puisque le sentiment de pauvreté progresse depuis 2014 (+9 points pour s'établir à 17 % en 2018 selon la Drees) tandis que la pauvreté en conditions de vie tend à diminuer depuis 2004. Y compris sur cette courte période, les évolutions des différentes mesures de la pauvreté ne sont pas linéaires et cachent sans doute des réalités différentes selon les territoires, l'âge des concitoyens, les configurations familiales observées, les vécus individuels, etc. Conformément à ses missions, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) réalise une analyse régulière et approfondie de l'évolution de la pauvreté, notamment au travers d'indicateurs rassemblés dans un tableau de bord. Afin d'enrichir ce tableau de bord, notamment au regard des nouvelles manifestations de la pauvreté, ainsi que des dimensions peu éclairées jusque-là, l'Onpes a inséré une vingtaine de questions dans l'enquête Conditions de vie et aspirations du Crédoc. L'enjeu étant d'observer si les populations en situation de pauvreté (ressentie ou monétaire essentiellement) sont également concernées par l'isolement relationnel, la fracture numérique, le sentiment d'invisibilité sociale, etc. Comment et jusqu'où les différents phénomènes observés se recourent-ils ? Et quels nouveaux enseignements peut-on en tirer sur la connaissance des personnes pauvres ? La fracture numérique et l'isolement relationnel ont fait l'objet de plusieurs groupes de travail organisés par l'Onpes : ces deux thématiques sont donc particulièrement détaillées

dans ce document, avec notamment des propositions d'indicateurs qui pourraient alimenter le tableau de bord de l'Onpes.

► **World Inequality Report 2022**

CHANCEL L., PIKETTY T., SAEZ E., *et al.*
2021

Paris : World Inequality Lab
<https://wir2022.wid.world/>

Selon ce rapport du Laboratoire sur les inégalités mondiales (World Inequality Lab, WIL), piloté par les économistes Lucas Chancel, Thomas Piketty, Emmanuel Saez et Gabriel Zucman, les inégalités contemporaines de revenus et de richesse sont très importantes. Les auteurs relèvent toutefois que le degré de ces inégalités n'est pas déterminé par la géographie ou les niveaux de développement. Il est fondamentalement le résultat des choix politiques. Les 10 % les plus riches de la population mondiale reçoivent actuellement, selon ces travaux, 52 % des revenus, tandis que la moitié la plus pauvre de la population en gagne 8 %. Les inégalités mondiales de patrimoine sont encore plus prononcées. L'Europe est la région du monde où ces inégalités sont les moins prononcées. À l'inverse, elles sont les plus fortes dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (Mena). Cependant, si les inégalités de revenus ont quasiment doublé (selon l'indicateur retenu) au sein de chacun des pays du monde depuis les années 1980, elles sont en baisse entre les pays. Les écarts de revenus moyens entre les 10 % des pays les plus riches et les 50 % des pays les plus pauvres sont passés de 53 à 38 entre 1980 et 2020. Les données et analyses, qui reviennent également sur les inégalités femmes-hommes - qui se réduisent très lentement - et les émissions de carbone selon les classes sociales, sont basées sur les travaux de plus de 100 chercheurs. Tous contribuent à la base de données mondiale sur les inégalités (WID.world), gérée par le World Inequality Lab. Ce vaste réseau collabore avec les institutions statistiques, les autorités fiscales, les universités et les organisations internationales, pour harmoniser, analyser et diffuser des données internationales comparables.

► **Do Refugees with Better Mental Health Better Integrate? Evidence From the Building a New Life in Australia Longitudinal Survey**

DANG H. A., TRINH T. A. ET VERME P.
2021

Iza Discussion Paper Series ; 14766. Bonn Iza.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:iza:izadps:dp14766&r=&r=lab>

Hardly any evidence currently exists on the causal effects of mental illness on refugee labor market outcomes. We offer the first study on this topic in the context of Australia, one of the host countries with the largest number of refugees per capita in the world. Analyzing the Building a New Life in Australia longitudinal survey, we exploit the variations in traumatic experiences of refugees interacted with time as an instrument for refugee mental health. We find that worse mental health, as measured by a one standard deviation increase in the Kessler mental health score, reduces the probability of employment by 14.1% and labor income by 26.8%. We also find some evidence of adverse impacts of refugees' mental illness on their children's mental health and education performance. These effects appear more pronounced for refugees that newly arrive or are without social networks, but they may be ameliorated with government support. Our findings suggest that policies that target refugees' mental health may offer a new channel to improve their labor market outcomes.

► **La parole des personnes en situation de précarité sur l'accès aux soins : Rapport d'enquête de France Assos Grand Est**

FRANCE ASSOS SANTÉ
2021

Strasbourg France Assos Santé.

https://grand-est.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/9/2021/11/Rapport-denquete-Preca_Vdef.pdf

France Assos Santé Grand-Est, structure régionale de référence pour défendre les droits et les intérêts des usagers du système de santé, a présenté, le 6 décembre, les résultats de son enquête qualitative dans laquelle elle a donné la parole à 39 personnes en situation de précarité sur leur expérience du système de santé.

► **Procédure d'admission au séjour pour soins : rapport au Parlement**

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

2021

Paris Ofii.

<https://www.ofii.fr/procEDURE-dadmission-au-sejour-pour-soins-rapport-au-parlement/>

Au terme de la cinquième année de mise en œuvre de la procédure d'admission au séjour pour soins dite « Etranger Malade », le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration publie le quatrième rapport au Parlement. Document de référence sur la procédure d'admission au séjour pour soins depuis 2017, le rapport 2020 comporte des suggestions d'évolutions de la procédure, ainsi que l'analyse des principales pathologies et des données générales de santé publique recueillies lors de l'instruction des dossiers. Ce dispositif, complémentaire de l'aide médicale d'État (AME), reste une exception française dans le monde et permet chaque année depuis sa création à des dizaines de milliers de personnes étrangères éligibles de se faire soigner, même dans des secteurs en tension. En 2020, 26.000 personnes ont demandé un visa spécifique, essentiellement des Africains, mais aussi quelques ressortissants japonais, saoudiens, émiratis, canadiens et américains.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2021**

SECOURS CATHOLIQUE

2020

Paris Secours Catholique.

<https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs21.pdf>

Pour son rapport 2021 qui alerte sur la dégradation du niveau de vie des plus pauvres, l'association a complété son étude d'une enquête approfondie sur la question spécifique de l'aide alimentaire et de l'accès à l'alimentation, à travers une enquête menée auprès de 1 088 ménages qui ont eu recours à l'aide alimentaire d'urgence allouée par le Secours Catholique durant le premier confinement, de mars à mai 2020. La crise sanitaire a agi comme un puissant révélateur d'une insécurité alimentaire déjà bien ancrée pour des millions de Français. La pandémie de Covid-19 a déstabilisé des situations budgétaires déjà très serrées. Quand les maigres ressources baissent alors que les dépenses augmentent (du fait de la fermeture des cantines scolaires ou de l'augmentation des dépenses d'électricité), les privations deviennent dès lors quotidiennes.

Covid

► **Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé : Rapport**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2021

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1127>

La crise de Covid-19 a eu un impact majeur sur les inégalités sociales (ISS) et territoriales de santé (ITS). Certains effets sont de nature infectieuse, en lien direct avec le virus : surmortalité dans les territoires les plus pauvres, séroprévalence, incidence. D'autres sont indirects, à l'origine d'une crise sanitaire globale : santé mentale, violences intra-familiales, sédentarité, insécurité et comportements alimentaires, retentissement scolaire. Les effets économiques multiples, pauvreté, chômage ou encore la scolarisation sont porteurs de retentissements sur la santé à long terme. Les difficul-

tés d'accès aux soins, des déprogrammations auront des conséquences variables selon les groupes sociaux et les territoires. L'analyse des recommandations sanitaires pendant la crise montre cependant que les ISS et les ITS ont rarement été évoquées et n'ont pas fait l'objet de recommandations explicites, en contraste avec la priorité affichée dans la Stratégie nationale de santé. L'universalisme proportionné, comme réponse à un gradient social de santé n'a pas été pris en compte. En revanche, les associations et les collectivités territoriales, les politiques nationales et la protection sociale ont probablement été efficaces pour limiter le creusement des ISS. L'appareil statistique n'était pas préparé à suivre l'évolution des ISS et ITS. L'effort de recherche a été considérable mais ne peut permettre un pilotage des politiques. La démocratie sanitaire a été mise à rude épreuve, qu'il s'agisse des parlementaires ou des citoyens. Le HCSP fait 22 recommandations pour la prise en compte effective des ISS et des

ITS en période de crise qui a un caractère global, et qu'il importe de préparer par une politique sanitaire dans le long terme.

► **Inégalités Sociales de Santé en temps de crise sanitaire**

IREPS AUVERGNE RHÔNE-ALPES
2021

Lyon : Ireps Auvergne Rhône-Alpes

<http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=1340>

Réalisé à partir de la veille documentaire de l'Ireps Auvergne Rhône-Alpes, ce dossier interroge la question des inégalités sociales de santé dans le contexte de l'épidémie à Covid-19. Ces ressources font écho à l'article « Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions en promotion de la santé ». Article qui aborde la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 au prisme des inégalités sociales qu'elles révèlent et engage une réflexion sur des pistes d'actions collectives en promotion de la santé.

Médicament

Pharmaceuticals

► **The Effects of Becoming a Physician on Prescription Drug Use and Mental Health Treatment**

ANDERSON D. M., DIRIS R., MONTIZAN R., *et al.*
2021

NBER Working Paper ; 29536. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29536>

There is evidence that physicians disproportionately suffer from substance use disorder and mental health problems. It is not clear, however, whether these phenomena are causal. We use data on Dutch medical school applicants to examine the effects of becoming a physician on prescription drug use and the receipt of treatment from a mental health facility. Leveraging variation from lottery outcomes that determine admission into medical schools, we find that becoming a physician increases the use of antidepressants, opioids, anxiolytics, and sedatives, especially for female physicians. Among female applicants towards the bottom of the GPA distribution, becoming a physician increases the likelihood of receiving treatment from a mental health facility.

► **Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2020**

COMITÉ ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ
2021

Paris Comité Economique des Produits de Santé.

Le présent rapport décrit les principales activités du

Comité au cours de l'année 2020 pour les médicaments et les produits et prestations de la LPPR. La première partie est consacrée aux médicaments. Elle traite de la description du marché des médicaments remboursables (chapitre I), de l'activité de fixation des prix dont la doctrine (chapitre II), de la régulation économique de la dépense remboursable (chapitre III), de sa régulation financière (chapitre IV) ainsi que des autres modes de régulation (chapitre V). Les statistiques d'activité du Comité dans le secteur des médicaments (dossiers traités et délais de traitement de ces dossiers) sont présentées dans les chapitres II et III. La deuxième partie porte sur les produits et prestations de la LPPR. Elle traite successivement de l'accès au marché dont la doctrine (chapitres I et II), de sa régulation économique et des autres activités du CEPS (chapitres III et IV), de la description du marché (chapitre V).

► **Le recours aux antalgiques opioïdes dans le traitement de la douleur**

DIAZ-GOMEZ C. ET MILLET M.
2021

Paris OFDT.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcd2bb.pdf>

L'usage des médicaments antalgiques opioïdes (MOA) dans le cadre des traitements de prise en charge de la douleur met en tension deux priorités de santé publique : le soulagement des patients souffrant de douleurs et la prévention des conduites addictives. L'introduction de ces traitements dans les années 1990

a constitué une avancée majeure dans l'offre thérapeutique française. Toutefois, l'implication des MOA dans la crise des opioïdes aux États-Unis et au Canada (1999-2009) a ravivé la défiance autour de leur utilisation. Cette revue de la littérature internationale (principalement clinique) rappelle que les MOA sont efficaces à court terme (1 à 6 mois), mais que les bénéfices des MOA à plus long terme ont été peu évalués. La litté-

ture établit que certains patients sont affectés par le stigmate associé aux MOA, ce qui peut amener certains à arrêter le traitement et à s'exposer à des risques pour leur santé. Les médecins prescripteurs de MOA sont confrontés à des décisions thérapeutiques complexes tant il est difficile d'apprécier la souffrance et d'évaluer les risques/bénéfices associés aux MOA face à des malades rapportant des douleurs dites « invisibles ».

Covid

► **Assessing the Global Burden of Post-COVID-19 Conditions**

IQVIA
2021

[Parsippany IQVIA.](#)

The objective of the research reflected in this report is to quantify the magnitude of patients with post-COVID-19 conditions based on analysis of medical open claims data and a review of the growing body of literature globally. The research also models the potential demand for medicines required to treat these patients with the post-COVID conditions, even as optimal treatment for these patients is currently

based on existing therapeutics. This report discusses the varying definitions of post-COVID conditions that have been proposed in the literature. The report also profiles the different conditions that have been identified as falling under the umbrella of post-COVID conditions. These conditions are then used as the basis for assessing the number of patients with post-COVID conditions globally as well as the therapeutic costs of treating these conditions, as per existing therapeutics and treatment paradigms. Finally, the report also proposes some future areas of research and management that are needed to further enhance our knowledge of these conditions and to ensure that people with these conditions are given the best treatment.

Méthodologie – Statistique

Methodology – Statistics

► **Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité**

BETEMPS J. M., RANCE E. ET ROTH N.
2021

[Paris Igas.](#)

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article839>

De nombreux organismes publics, outre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des solidarités et de la santé, produisent des données statistiques dans ces domaines. C'est précisément pour cartographier les productions statistiques relatives à la santé des popu-

lations, à l'offre de soins, aux retraites et à la dépendance, à la pauvreté, aux familles, à la jeunesse et à l'enfance, etc, qu'une mission inter-inspections (Igas et Inspection générale de l'Insee) a été mobilisée. Au terme de ses travaux, la mission a identifié quelques axes de progrès visant à : - Mieux coordonner ces productions statistiques; - Enrichir ces statistiques pour mieux répondre aux besoins de suivi et d'évaluation des politiques publiques considérées; - Renforcer les moyens de la Drees et la fonction de labellisation de l'Autorité de la statistique publique (ASP) pour les statistiques produites par les autres organismes du secteur.

► **Selection in Surveys**

DUTZ D., HUITFELDT I. ET LACOUTURE S.
2021

NBER Working Paper ; 29549. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29549>

We evaluate how nonresponse affects conclusions drawn from survey data and consider how researchers can reliably test and correct for nonresponse bias. To do so, we examine a survey on labor market conditions during the COVID-19 pandemic that used randomly assigned financial incentives to encourage participation. We link the survey data to administrative data sources, allowing us to observe a ground truth for participants and nonparticipants. We find evidence of large nonresponse bias, even after correcting for observable differences between participants and nonparticipants. We apply a range of existing methods that account for nonresponse bias due to unobserved differences, including worst-case bounds, bounds that incorporate monotonicity assumptions, and approaches based on parametric and nonparametric selection models. These methods produce bounds (or point estimates) that are either too wide to be useful or far from the ground truth. We show how these shortcomings can be addressed by modeling how nonparticipation can be both active (declining to participate) and passive (not seeing the survey invitation). The model makes use of variation from the randomly assigned financial incentives, as well as the timing of reminder emails. Applying the model to our data produces bounds (or point estimates) that are narrower and closer to the ground truth than the other methods.

► **Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 - Note méthodologique détaillée**

FOUQUET M.
2021

Dossiers de la Drees (87) Paris Drees.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD%20M%C3%A9thodo%20Ines-Omar_MEL.pdf

Le modèle Omar permet d'étudier la redistribution opérée par le système d'assurance maladie du point de vue des ménages. Il fournit des informations sur les dépenses de santé, les remboursements versés respectivement par l'assurance maladie publique et par les complémentaires santé, sur les cotisations dont doivent s'acquitter les souscripteurs et sur ce qui demeure à la charge des ménages après remboursements complémentaires. Ces données peuvent être déclinées sur diverses sous-populations selon le type de couverture complémentaire, le niveau de vie, l'âge, le bénéficiaire ou non d'une affection de longue durée (ALD), l'état de santé déclaré, le statut d'activité. Lorsque le modèle Omar est pseudo-apparié au modèle Ines, on dispose d'éléments additionnels sur la participation des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il devient alors possible de calculer le poids de l'ensemble des dépenses de santé et de leur financement dans le revenu des ménages et d'étudier la redistribution opérée par le système d'assurance maladie. Ce document présente la méthode de la version 2017 du modèle Ines-Omar. Contrairement aux précédentes versions du modèle, basées sur l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), le cœur de cette nouvelle édition du modèle est l'enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Il s'agit de la première enquête en population générale permettant de connaître l'état de couverture de la population par une complémentaire santé à la suite de la généralisation de la complémentaire d'entreprise en 2016. En effet, l'appariement entre l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 et le Système national des données de santé (SNDS) n'était pas encore mobilisable au moment de la mise à jour du modèle.

Covid

► **Modeling to Inform Economy-Wide Pandemic Policy: Bringing Epidemiologists and Economists Together**

DARDEN M. E., DOWDY D. ET GARDNER L.
2021

NBER Working Paper ; 29475. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29475>

Facing unprecedented uncertainty and drastic trade-offs between public health and other forms of human well-being, policy makers during the Covid-19 pandemic have sought the guidance of epidemiologists and economists. Unfortunately, while both groups of scientists use many of the same basic mathematical tools, the models they develop to inform policy tend to rely on different sets of assumptions and, thus, often lead to different policy conclusions. This divergence in policy recommendations can lead to uncertainty and confusion, opening the door to disinformation, distrust of institutions, and politicization of scientific facts. Unfortunately, to date, there have not been widespread efforts to build bridges and find consensus or even to clarify sources of differences across these fields, members of whom often continue to work within their traditional academic silos. In response to this “crisis of communication,” we convened a group of scholars from epidemiology, economics, and related fields (e.g., statistics, engineering, and health policy) to discuss approaches to modeling economy-wide pandemics. We summarize these conversations by providing a consensus view of disciplinary differences (including critiques) and working through a specific policy example. Thereafter, we chart a path forward for more effective synergy between disciplines, which we hope will lead to better policies as the current pandemic evolves and future pandemics emerge.

► **Researchers’ Degrees-Of-Flexibility and the Credibility of Difference-In-Differences Estimates: Evidence From the Pandemic Policy Evaluations**

WEILL J. A., STIGLER M. ET DESCHENES O.
2021

NBER Working Paper ; 29550. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29550>

The Covid-19 pandemic brought unprecedented policy responses and a large literature evaluating their impacts. This paper re-examines this literature and investigates the role of researchers’ degrees-of-flexibility on the estimated effects of mobility-reducing policies on social-distancing behavior. We find that two-way fixed effects estimates are not robust to minor changes in usually-unexplored dimensions of the degree-of-flexibility space. While standard robustness tests based on the sequential addition of covariates are very stable, small changes in the outcome variable and its transformation lead to large and sometimes contradictory changes in the estimates, where the same policy can be found to significantly increase or decrease mobility. Yet, due to the large number of degrees-of-flexibility, one can focus on a set of results that appears stable, while ignoring problematic ones. We show that recently developed heterogeneity-robust difference-in-differences estimators only partially mitigate these issues, and discuss how a strategy of identifying the point at which a sequence of ever more-stringent robustness tests eventually fail could increase the credibility of policy evaluations.

Politique de santé

Health Policy

► **Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2021

Paris ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2021.pdf

Dans la continuité de 2020, l'année écoulée reste marquée par la crise sanitaire. Cela a quelque peu freiné les expérimentations de l'article 51 sans toutefois les stopper. 103 expérimentations sont aujourd'hui autorisées ou en cours d'autorisation, et bénéficieront à plus d'un million de patients. Le dispositif continue sa montée en charge, les besoins ayant été souvent confirmés par la crise sanitaire. Surtout, pour la première fois, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année à venir prévoit la généralisation d'expérimentations.

► **Santé et libertés : faut-il choisir ?**

POLTON D. ET VINQUANT J. P.
2021

Paris : La documentation française

Cet ouvrage ouvre le débat sur les liens étroits et complexes à définir entre santé et libertés. Quelles sont les limites éventuelles des mesures de santé publique ? Quels sont les droits et les devoirs du citoyen vis-à-vis de celles-ci ?

Covid

► **Designing Acceptable Anti-Covid-19 Policies By Taking into Account Individuals' Preferences: Evidence From a Discrete Choice Experiment**

BLAVAC T., DUBOIS D., DUCHENE S., *et al.*
2021

Economix Document de travail ; 2021-33. Paris Economix.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:drm:wpaper:2021-33&r=fr=hea>

Cette étude rapporte les principaux résultats d'une expérience de choix discret basée sur un échantillon représentatif de la population française pour évaluer les politiques anti-Covid-19 en termes d'acceptabilité publique. Le classement des préférences est effectué pour l'ensemble de la population et par des sous-groupes. Les résultats montrent que le port de masques, les limitations de transport et le suivi numérique sont bien acceptés. En revanche, les fermetures de restaurants et les restrictions excessives des voyages de loisirs ne le sont pas. L'acceptabilité dépend des caractéristiques personnelles : orientation politique,

vulnérabilité sanitaire ou âge. Les jeunes diffèrent des autres, en termes de préférences politiques et de demande de compensation monétaire, ce qui suggère une politique adaptée à leur cas.

Social policy

► **Conditions de ressources dans les politiques sociales : 15 propositions pour simplifier et harmoniser leur prise en compte**

CONSEIL D'ÉTAT
2021

Paris Conseil d'État.

<https://www.conseil-etat.fr/ressources/etudes-publications/rapports-etudes/etudes/conditions-de-ressources-dans-les-politiques-sociales-15-propositions-pour-simplifier-et-harmoniser-leur-prise-en-compte>

S'il existe en France de nombreux dispositifs d'aides sociales au niveau national et local, leurs règles d'attribution sont aujourd'hui complexes et manquent d'une vision d'ensemble. Pénalisant les plus fragiles qui y ont droit, elles rendent également difficile le travail des administrations chargées d'attribuer près de 120 milliards d'euros de prestations par an. Missionné par le Premier ministre, le Conseil d'État présente aujourd'hui une feuille de route de 15 propositions pour simplifier et harmoniser la prise en compte des ressources dans le calcul des différentes aides sociales.

► **Extending and Maintaining Social Security Coverage – Americas**

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE
2021

Genève AISS.

<https://ww1.issa.int/sites/default/files/documents/2021-11/2-Americas-Chapter2%20Coverage%20%281%29.pdf>

Extending and maintaining social security coverage stands out as a perennial challenge for social security administrations in the Americas. The rapidly evolving needs of different population groups, especially children, women and the elderly, as well as economic and sociopolitical changes and demographic and technological transitions, have brought about societal transformations with an ever-increasing number of people in need of social security protection.

► **Revue des dépenses socio-fiscales en faveur de la politique familiale**

DEBEAUPUIS J., GUEYDAN G., ALAOUI O., *et al.*
2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article837>

Pilier du modèle social français, la politique familiale a accompagné une dynamique démographique qui place la France au premier rang européen en taux de natalité, même si ce dernier tend à diminuer depuis une dizaine d'années. A destination de 9 millions de familles, aux situations et besoins variés, cette politique publique prend plusieurs formes : offre de services (principalement pour l'accueil du jeune enfant), aides fiscales (quotient familial et crédits d'impôts) et prestations sociales, pour un effort financier de la Nation à hauteur de 63 Md€ - élevé en comparaison internationale, quoiqu'en léger recul rapporté à la richesse nationale. Le rapport de l'Igas et de l'IGF analyse l'évolution de ces dépenses et les effets de la politique familiale, et propose des pistes d'évolution.

Prevention**► International Evidence on Vaccines and the Mortality to Infections Ratio**

AIZENMAN J., CUKIERMAN A., JINJARAK Y., *et al.*
2021

NBER Working Paper ; 29498. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29498>

Recent observations on countries like the UK that have accumulated a large fraction of inoculated individuals suggest that, although initially, vaccines have little effect on new infections they strongly reduce the share of mortality out of a given pool of infections. This paper examines the extent to which this phenomenon is more general by testing the hypothesis that the ratio of current mortality to lagged infections is decreasing in the total number of vaccines per one hundred individuals. This is done in a pooled time-series, cross-section sample with weekly observations for up to 208 countries. The main conclusion from the statistical analysis is that, passed a certain threshold, vaccines moderate the share of mortality from a given pool of lagged infections. This is essentially a favorable shift in the tradeoff between life preservation and economic performance. Controlling for income per capita, stringency of containment measures, and the fraction of recovered and old individuals, estimation is carried out by linear least squares, with standard errors clustered by country and region. The main result is robust to sensitivity analysis with a logarithmic specification. The practical lesson

is that, in the presence of a sufficiently high share of inoculated individuals, governments can shade down containment measures, even as infections are still rampant, without significant adverse effects on mortality.

► La politique de prévention en France

COUR DES COMPTES
2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>

Dix ans après la parution d'un premier rapport de la Cour des comptes consacré à la prévention sanitaire, l'évaluation réexamine la prévention à travers le cas de trois grandes familles de pathologies – les cancers, les maladies neurocardio-vasculaires ou NCV, et le diabète. En mesurant l'impact des politiques de prévention menées en France, la Cour a pu constater que les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins. Pour contribuer à renforcer l'efficacité de ces politiques, ce rapport livre une série de recommandations formulées autour de quatre orientations : la déclinaison opérationnelle de ce renforcement, la lutte contre les facteurs de risques, la transformation des pratiques professionnelles en matière de prévention, et l'optimisation de l'utilisation du numérique.

Covid**► COVID-19 Vaccination Mandates and Vaccine Uptake**

KARAIVANOV A., KIM D., SHI E. N. L., *et al.*
2021

NBER Working Paper ; 29563. Cambridge NBER.
<https://www.nber.org/papers/w29563>

We evaluate the impact of government mandated proof of vaccination requirements for access to public venues and non-essential businesses on COVID-19 vaccine uptake. We find that the announcement of a mandate is associated with a rapid and significant surge in new vaccinations (more than 60% increase

in weekly first doses) using the variation in the timing of these measures across Canadian provinces in a difference-in-differences approach. Time-series analysis for each province and for France, Italy and Germany corroborates this finding, and we estimate cumulative gains of up to 5 percentage points in provincial vaccination rates and 790,000 or more first doses for Canada as a whole as of October 31, 2021 (5 to 13 weeks after the provincial mandate announcements). We also find large vaccination gains in France (3 to 5 mln first doses), Italy (around 6 mln) and Germany (around 3.5 mln) 11 to 16 weeks after the proof of vaccination mandate announcements.

► **La vaccination contre la Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents - La campagne de vaccination des résidents d'Ehpad au début de l'année 2021**

MIRON DE L'ESPINAY A. ET PINEL L.
2021

Dossiers de la Drees (86) Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/DD86.pdf>

Les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), rendus particulièrement vulnérables à la Covid-19 à cause de leur âge, leur état de santé et leur vie en communauté font l'objet d'un suivi spécifique depuis le début de la crise sanitaire. Durant la seconde vague de l'épidémie de Covid-19 à l'automne 2020, le taux d'incidence s'élève ainsi jusqu'à près de 1 600 résidents contaminés par semaine pour 100 000, contre 500 personnes pour 100 000 chez les personnes de 70 ans ou plus, et 450 pour la population entière. Mais à partir de mi-février, si le taux d'incidence de la population augmente, celui chez les résidents en Ehpad ne connaît pas la même trajectoire. La situation tout début mars permet d'illustrer la réduction des écarts par rapport à la seconde vague : le taux d'incidence parmi les résidents d'Ehpad n'est plus que d'environ 200 cas de résidents sur 100 000, contre 190 personnes pour les 70 ans ou plus et 140 sur la population entière. De la même manière, la proportion d'épisodes de contamination en Ehpad où seul le personnel est contaminé augmente à partir de janvier 2021. Elle passe de 15 % en juin 2020 à 60 % en juin 2021. Les résidents d'Ehpad n'ont ainsi pas connu de troisième pic épidémique. La vaccination pourrait en partie expliquer pourquoi les résidents d'Ehpad n'ont pas connu la même dynamique épidémique que les personnels de ces structures et que l'ensemble de la population.

► **Estimation de l'efficacité vaccinale contre les formes graves de Covid-19 - Exploitation des appariements SI-VIC-SI-DEP-VAC-SI de février à novembre 2021**

SUAREZ CASTILLO M., KHAOUA H. ET COURTEJOIE N.
2021

Dossiers de la Drees (90) Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/estimation-de-lefficacite-vaccinale-contre-les-formes-graves>

L'analyse de la troisième vague de l'épidémie de Covid-19 en France, chez les personnes âgées de 50 ans ou plus, fait apparaître une efficacité vaccinale élevée contre les formes symptomatiques et les formes sévères, qui croît au fur et à mesure de l'avancée dans le parcours vaccinal, jusqu'à l'obtention du statut vaccinal complet. À son pic, l'efficacité vaccinale d'un cycle vaccinal complet (sans rappel) atteint 85 % contre les formes symptomatiques et 90 % contre les sévères. Au cours de la période d'estimation du 1^{er} février au 31 mai 2021, aucune baisse de l'efficacité vaccinale contre les formes sévères dans les quatre premiers mois suivant l'injection de la deuxième dose de vaccin n'est mise en évidence. Les efficacités vaccinales estimées se distinguent très modérément entre classes d'âge et ne sont pas inférieures pour les personnes présentant des comorbidités. L'efficacité vaccinale contre les variants bêta et gamma apparaît comme inférieure à celles estimées pour le variant alpha et la version souche, mais elle reste tout de même supérieure à 70 %.

Psychiatry**► Rapport 2021. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être**

HEDON C.

2021

Paris Le Défenseur des Droits.<https://defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2021/11/rapport-annuel-enfant-sante-mentale-le-droit-au-bien-etre>

Le défaut de prise en charge des troubles de santé mentale et les manquements aux droits qui en découlent constituent une entrave au bon développement de l'enfant et à son intérêt supérieur, que deux années de vagues épidémiques ont contribué à aggraver. La Défenseure des droits appelle à prendre la pleine mesure de l'enjeu décisif que représente la bonne santé mentale des enfants et à agir urgemment pour sortir des approches fragmentaires et strictement sanitaires. Elle souhaite que la santé mentale soit appréhendée dans sa globalité, conformément à l'approche retenue par l'OMS, en lien avec la santé physique et avec l'environnement dans lequel évolue l'enfant, comme l'environnement familial et scolaire, les relations affectives, les conditions de vie, les réseaux sociaux, etc. Les nombreuses saisines traitées par l'institution soulignent de manière récurrente le manque de professionnels du soin et de structures adaptées, mais aussi la difficulté pour les professionnels d'avoir une approche globale de la situation d'un enfant. L'insuffisante prise en compte du bien-être de l'enfant, notamment dans le cadre de la scolarité avec, par exemple les situations de harcèlement, empêche les enfants d'accéder pleinement à leur droit à l'éducation. Il faut donc répondre aux insuffisances dont

souffre le secteur de la santé mentale, notamment dans ses aspects spécifiques touchant aux soins en pédopsychiatrie, en investissant massivement pour développer les offres de prise en charge et d'accompagnement, les propositions de suivi, les lieux d'écoute. L'intérêt supérieur de l'enfant, consacré par la Convention internationale des droits de l'enfant, impose une prise en charge précoce et rapide du bien-être de l'enfant. C'est pourquoi, la Défenseure des droits et le Défenseur des enfants demandent au gouvernement de considérer la santé mentale des enfants comme une priorité des politiques publiques et formulent 29 recommandations à destination des pouvoirs publics dans lesquelles ils soulignent, par exemple, l'urgence à agir pour développer des dispositifs d'accueil des jeunes enfants, l'accompagnement à la parentalité, les moyens accordés au réseau de la PMI sur le territoire, et la formation aux droits contre le harcèlement scolaire.

Klein, A., Guillemain, H. et Thifault, M. C. « La fin de l'asile : histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXI^e siècle », Rennes : Presses universitaires de Rennes

Au cours des années 1960, les pays occidentaux s'engagèrent dans un processus politique, médical et administratif visant à sortir les malades des hôpitaux psychiatriques. Mais est-ce pour autant la fin de l'asile ? En retraçant l'histoire des modalités de sortie de l'asile dans le monde francophone du XX^e siècle, cet ouvrage constate la nature mythique de la désinstitutionnalisation.

Covid**► Covid-19 and Mental Health: A Longitudinal Population Study From Norway**

HVIDE H. K. ET JOHNSEN J.

2021

Bonn Iza.https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3867359&dgcid=ejournal_html_email_health:the:economy:ejournal_abstractlink

Existing research has found negative short-term consequences of the Covid-19 pandemic on mental health problems, but longer-term effects have been less documented. Using newly released register data on all general practitioner consultations in Norway through 2020 (about 14 million consultations in total), we find that during the spring and early summer 2020, the number of psychological cases initially increased relative to prior years, but then fell back towards the

level of prior years during the summer 2020. In early September 2020, the number of cases accelerated, a pattern that held up through December 2020, so that the gap between 2020 and prior years became largest end-of-year. Our findings suggest that the accumulated effects of the Covid-19 pandemic on mental health far exceeds the short-term effects. The effects were particularly strong for females and for residents in urban areas.

► **Covid-19 : l'impact sur la santé mentale des jeunes**

MAES S.
2021

Bruxelles : Editions Yakapa

<https://www.yapaka.be/livre/covid-19-limpact-sur-la-sante-mentale-des-jeunes>

Prendre la mesure de l'impact massif de la crise sanitaire sur les jeunes repose sur la compréhension des mécanismes propres à l'adolescence. Son élan vital se fonde notamment sur les liens à l'autre, aux pairs. Or, les mesures sanitaires imposées au monde scolaire n'ont pas permis aux élèves d'y trouver la socialisation qui leur est indispensable. Les jeunes présentent de nouvelles formes de souffrance consécutives à cet isolement subi pendant des mois. Ce livre retrace les étapes de la pandémie pour comprendre ce qui s'est joué pour eux au fil du temps. En analyser les mécanismes offre de nouvelles pistes pour penser la prévention et mettre en place des mesures simples et réalistes dans les lieux accueillant les jeunes.

► **The Effects of the Covid-19 Pandemic on the Mental Health and Subjective Wellbeing of Workers: An Event Study Based on High-Frequency Panel Data**

SHMIDTKE J., HETSCHKO C., SCHÖB R., *et al.*
2021

Nürnberg Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

<https://doku.iab.de/discussionpapers/2021/dp1321.pdf>

Using individual monthly panel data from December 2018 to December 2020, we estimate the impact of the Covid-19 pandemic and two lockdowns on the mental health and subjective well-being of German workers. Employing an event-study design using individual-specific fixed effects, we find that the first and the second wave of the pandemic reduced workers' mental health substantially. Momentary happiness and life satisfaction also decline in response to Covid-19, but to a smaller extent. We observe adaptation in our study outcomes between waves of the pandemic. This applies to a lesser extent to indicators of well-being in certain areas of life, such as satisfaction with the job and with leisure, which are negatively affected, too. Women do not seem to suffer greater well-being losses than men. However, workers in the German short-time work scheme are particularly negatively affected. Our results imply that increased anxiety about the future and restricted personal freedoms are among the drivers of the well-being impact of the pandemic.

Sociology**► Sociologie des prix**

ELOIRE F. ET FINEZ J.

2021

Paris : Editions de la Découverte

Depuis les années 1980, de nombreux travaux sociologiques ont été consacrés aux prix, en les considérant comme des faits sociaux. Les objets à partir desquels ils ont été étudiés sont multiples : marchés financiers, produits de la grande distribution, œuvres d'art, biens vendus sur les marchés aux puces, bouteilles de vin ou encore médicaments. Cet ouvrage propose une première synthèse de la riche littérature sociologique sur le sujet. À partir d'une typologie originale, distinguant les prix autorégulés, administrés, composés et négociés, il analyse les mécanismes de détermination de ces prix dans des situations empiriques très variées. Dans cette perspective, les prix ne résultent pas uniquement de la libre rencontre de l'offre et de la demande, ils sont aussi fixés sur la base de critères politiques, moraux ou sociaux. Ce livre montre que les prix peuvent constituer un analyseur des marchés et plus généralement des mutations historiques de l'économie.

► De la prise de parole à l'émancipation des usagers : recherches participatives en intervention sociale

PETIAU A., ROBERT C. P. ET CINGOLANI P. P.

2021

Rennes : Presses de l'Ehesp

Les recherches collaboratives et participatives suscitent un intérêt croissant dans le secteur du travail social et dans le champ scientifique. Peu de travaux ont cependant porté sur la participation des usagers des politiques sociales. Pourquoi favoriser la participation des citoyens et des usagers ? Comment et selon quelles modalités les personnes participent-elles aux recherches ? Dans quelle mesure ces recherches parviennent-elles à modifier les services d'aide et d'accompagnement, la formation professionnelle des intervenants sociaux et les politiques publiques ? En quoi contribuent-elles au débat démocratique, aux prises de parole et à l'émancipation de ces publics ? Fruit de regards croisés, ce livre porte sur les recherches dans le champ de l'intervention sociale qui visent un hori-

zon de changement des personnes, des institutions et des rapports sociaux. Cet ouvrage présente des expériences concrètes menées en France et à l'étranger, en les replaçant dans différentes traditions de recherches participatives. Il fournit ainsi aux chercheurs, aux usagers et aux professionnels des repères théoriques mais aussi des outils concrets pour s'engager dans de telles pratiques.

► Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires

SUCHIER M., MICHEL L. ET FOURNIER C.

2021

Questions D'économie de la Santé (Irdes)(263)<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.pdf>

Alors que la crise sanitaire a rappelé avec acuité l'importance de la prise en charge à domicile de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, cette enquête sociologique qualitative, réalisée en 2020, propose de plonger dans le quotidien de trois groupes professionnels (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant dans les soins à domicile, rarement mis sur le devant de la scène. Il s'agit d'abord de décrire le travail ordinaire des professionnelles étudiées, avant de saisir les rapports qu'elles entretiennent entre elles, dans différents contextes d'exercice. Leur travail et leurs relations professionnelles apparaissent étroitement liés à la structuration de l'offre de soins à domicile, aux modes de financement de leur exercice et à des hiérarchies implicites entre les professionnelles, dressant de nombreux obstacles à la mise en place d'un exercice coordonné. Certaines organisations s'appliquent toutefois à favoriser l'émergence de dynamiques interprofessionnelles dont nous montrons les ressorts, même si elles restent entravées par la prééminence de dynamiques mono-professionnelles.

Primary Health care

► **Les flux d'internes de médecine. Suivi de la filiarisation 2013 - 2018**

BOCOGNANO A. ET CHARRIER R.
2021

Paris ONDPS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ondps_les_flux_d_internes_en_medecine_suivi_de_la_filiarisation2013-2018_droit_au_remords.pdf

Depuis la réforme des études de médecine de 2009 et le principe de la filiarisation qui revient à choisir une spécialité précise au début de l'internat, les postes à ouvrir pour les internes de médecine dans les différents diplômes d'études spécialisées (DES) sont arrêtés par subdivision, sur propositions de l'ONDPS. La répartition des postes d'internes a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Cependant la distribution initiale des postes se trouve modifiée par différentes situations : les départs définitifs qui réduisent les effectifs d'une cohorte d'internes (poursuite de l'internat à l'étranger, choix de repasser les épreuves classantes nationales, état de santé...) ou l'exercice du droit au remords qui modifie le choix du DES et donc les équilibres entre spécialités. Cette étude présente les résultats des enquêtes annuelles de l'ONDPS dans l'objectif de mieux connaître ces situations et de mesurer l'ampleur de leur impact sur la régulation.

► **Approche synthétique des besoins de la population dans les domaines couverts par certaines formations du 3ème cycle d'études médicales**

BONNET C., LECLERC C., NOEL C., *et al.*
2021

Paris ONDPS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/notes_de_synthese_fnors_ondps_besoins_de_la_population_en_lien_avec_lesfst_et_options.pdf

En 2017, la ministre de la santé Agnès Buzyn invitait l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à faire des propositions pour la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision à compter de 2019 pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du troisième cycle des études médi-

cales. C'est dans ce cadre que l'ONDPS a sollicité la Fnors pour lui apporter des éléments d'appréciation des besoins de la population dans un certain nombre de domaines au niveau national et au niveau des subdivisions d'internat. Ce document restitue les huit monographies thématiques réalisées sur les champs couverts par cinq formations spécialisées transverses (Addictologie, Douleur, Maladies allergiques, Nutrition appliquée, Sommeil) et pour les deux options du DES de Psychiatrie (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de la personne âgée).

► **Gender Differences in Medical Evaluations: Evidence From Randomly Assigned Doctors**

CABRAL M. ET DILLENDER M.
2021

NBER Working Paper ; 29541. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w29541>

While a growing body of evidence documents large gender disparities in health care and related social insurance programs, little is known about what drives these disparities. We leverage administrative data and random assignment of doctors to patients inherent within the workers' compensation insurance claim dispute resolution process to study the impact of gender match between doctors and patients on medical evaluations and subsequent social insurance benefits received. Compared to differences among their male patient counterparts, female patients randomly assigned a female doctor rather than a male doctor are 5.0% more likely to be evaluated as disabled and receive 8.5% more subsequent cash benefits on average. There is no analogous gender-match effect for male patients. The magnitude of these effects implies that having female doctors evaluate patients entirely offsets the observed gender gap in the likelihood of being evaluated as disabled when male doctors evaluate patients. We explore mechanisms through further analysis of the administrative data and complementary survey evidence. In addition, we present broader evidence on gender gaps in workers' compensation insurance and gender homophily in patients' selections of doctors in settings where patients have choice. Combining this evidence, we conduct policy counter-

factuals illustrating how policies increasing gender diversity among doctors or increasing gender homophily in patient-doctor matches may impact gender gaps in evaluated disability. Our findings indicate that policies increasing the share of female patients evaluated by female doctors may substantially shrink gender gaps in medical evaluations and associated outcomes.

► **La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension**

DOUGUET F. ET VILBROD A.

2021

Paris ONDPS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf

En 2017, l'ONDPS a reçu la mission, de la part de la ministre de la santé Agnès Buzyn, de lancer une étude sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes. L'une des particularités de cette prise en charge tient à la pluralité des acteurs : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens. Les compétences de chacun sont pour partie bien différentes mais aussi pour partie communes et qui, de ce fait, se superposent. L'intensité des tensions entre professionnels soulève la question des formes de coopérations possibles. C'est dans cet objectif que l'ONDPS a confié au Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (Labers), une étude sur les relations entre ces différents professionnels, à partir des enseignements de l'histoire et de l'analyse sociologique. Ce rapport présente le résultat de leur étude et vise à mieux appréhender les pratiques de coopération, de délégation, les habitudes de travail mais aussi les résistances à cette coopération.

► **La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée**

GILLES DELALONDE J., AFRITE A. ET MOUSQUES J.

2021

Questions D'économie De La Santé (Irdes)(264)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre méde-

cins généralistes et infirmier·ère.s Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie pour cela sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique. L'analyse des impacts du dispositif, inscrits dans le programme d'évaluation Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Daphnée), est appréhendée ici à travers l'évolution de la qualité des soins et services dont ont pu bénéficier les patients diabétiques de type II, avant et après l'entrée de leur médecin traitant dans l'expérimentation Asalée. Les analyses montrent que l'entrée des médecins dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la qualité du suivi des patients diabétiques et, particulièrement, de ceux bénéficiant d'un suivi spécifique par des infirmières. De plus, l'impact est plus important pour les binômes médecins-infirmières pour lesquels la coopération est plus intense, notamment en termes de nombre de patients concernés, de démarches éducatives entreprises ou encore de nombre et de variétés des actes substitués.

► **Skills For the Future Health Workforce**

MAEDA A. ET SOCHA-DIETRICH K.

2021

OECD Health Working Papers ; 124. Paris OCDE.

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/68fb5f08-en.pdf>

The landscape of health services delivery is undergoing significant transformation from fragmented and disease-centred toward integrated and people-centred care. Health workers find themselves at the centre of this transformation that demands from them commensurate changes in the skill-set employed in day-to-day practice, among other challenges. The paper identifies transversal (core) skills that are becoming increasingly crucial for all front-line health workers to reap the potential benefits of people-centred care, such as better patient and population outcomes, higher productivity, and higher retention/job satisfaction combined among the workers themselves. These transversal skills include interpersonal skills, such as person-centred communication, interprofessional teamwork, self-awareness and socio-cultural sensitivity, as well as analytical skills, such as adaptive problem solving to devise customised care for individual persons, system thinking, openness to continuous learning, and the ability to use digital technologies effectively.

Recognising the need to prepare health professionals for meeting the dual challenges of technically and emotionally complex healthcare workplace is a prerequisite to building and maintaining resilient and resourceful health workforce. This paper provides also a brief overview of skills assessment methods and tools that could be used to evaluate the effectiveness of health workforce policies and suggests a skills assessment strategy to evaluate the impact of reforms on the skills and performance of health workforce.

► **Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale**

POLTON D., CHAPUT H. ET PORTELA M.
2021

Dossiers de la Drees (89) Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

Depuis une vingtaine d'années, la référence de plus en plus fréquente aux « déserts médicaux » dans les médias et le débat public traduit la préoccupation croissante de la population concernant l'accessibilité géographique aux soins de médecins. Même si ce terme recouvre une réalité qu'il est difficile d'objectiver, il est indéniable que l'évolution de la démographie médicale en France, notamment pour la médecine générale, a accru les tensions dans les territoires qui étaient déjà les moins bien desservis. Dans les prochaines années, alors que le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins de soins, les projections laissent augurer une diminution de l'offre médicale en médecine de ville, surtout en soins primaires. Ces tendances risquent de dégrader encore l'accessibilité dans les zones les moins attractives. La situation de la France n'est pas unique. La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays, à des degrés divers. Partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées. Répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire et mieux équilibrer la distribution de l'offre sont des préoccupations largement partagées, dont plusieurs rapports internationaux se sont fait l'écho dans les années récentes (respectivement de l'OMS, de l'OCDE et de la Commission européenne). Pour remédier à ces difficultés, des stratégies variées ont été déployées au cours des dernières décennies. L'objectif de ce Dossier de la Drees est, à partir d'une analyse de la littérature

internationale, de décrire ces politiques, de rassembler les éléments d'évaluation de leurs impacts et de dégager quelques réflexions pour alimenter le débat sur la situation française. Ce dossier comporte également un état des lieux des préférences des médecins dans leur choix d'installation et des principaux déterminants de leur installation et de leur maintien sur leur lieu d'exercice, autant de leviers potentiels pour l'action publique.

► **La filière auditive en France et à l'étranger**

SAFON M. O.
2021

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-filiere-auditive-en-france-et-a-l-etranger.pdf>

Réalisée à la demande de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le cadre de sa mission d'évaluation, cette bibliographie a pour objectif de dresser un état des lieux de la filière auditive en France et à l'étranger. Les aspects principalement documentés sont : l'épidémiologie (baisse de l'audition ou surdité chez les personnes âgées dues au vieillissement), les acteurs (médecins ORL, audioprothésistes, audiologues, audiologistes, orthophonistes ...); leurs formations; les modèles d'organisation et de prise en charge (financement, remboursement).

► **Les parcours de soins des personnes victimes d'AVC**

SAFON M. O. ET SUHARD V.
2021

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-parcours-de-soins-des-personnes-victimes-d-avc.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de rassembler des références concernant les caractéristiques des personnes victimes d'AVC et de leurs parcours de soins. Il s'agit également de pointer la problématique des variabilités territoriales sur les deux aspects évoqués ci-dessus.

► **Démographie des chirurgiens-dentistes. État des lieux et perspectives**

TOUZE E. ET BOCOIGNANO A.
2021

Paris ONDPS.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Ce rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé présente un état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes en France. Il a bénéficié des analyses, de l'expertise et

de la contribution des membres du groupe de travail dédié ainsi que des travaux de la Conférence nationale du 26 mars 2021. La démographie des chirurgiens-dentistes a été très atone sur les trente dernières années et leur densité stagne sur la période récente. La situation actuelle des inégalités territoriales d'offre de soins dentaires diffère peu de celle observée en 2013. La mise en perspective de la démographie des chirurgiens-dentistes pose la question de l'adéquation de l'offre aux besoins et du flux des professionnels à former en France, ainsi que des leviers d'action sur la formation initiale des étudiants en odontologie et sur la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Comparing European Healthcare Systems**

BOONE J.
2021

CEPR Discussion Paper ; DP16602. Londres Centre for Economic Policy Research.

<https://repec.cepr.org/repec/cpr/ceprdp/DP16602.pdf>

We introduce a theoretical framework to analyze the effects on health system performance of health policy choices related to efficiency, quality and competition and use recent data from Eurostat and OECD to verify the predictions. We find that --conditional on health-care expenditure-- the following efficiency measures lead to improved performance in terms of reduced mortality: increasing the ratio of nurses over doctors and a well developed primary care sector. Introducing a regulator specifically for healthcare quality and making provider quality reports public are associated with improved outcomes. In terms of competition, allowing patients to choose their provider leads to lower mortality. But in terms of insurer competition, single payer systems tend to do better than multiple insurers, especially in countries where inpatient care is predominantly delivered by public hospitals.

► **Market Reform in Dutch Health Care: Results, Lessons and Prospects**

JEURISSEN P. ET MAARSE H.
2021

Bruxelles Observatoire européen sur les Systèmes et les Politiques de Santé.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects>

► **State of Health in the European Union : Companion Report 2021**

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ
2021

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/state-of-health-in-the-eu-companion-report-2021>

The 2021 Country Health Profiles are published as part of the State of Health in the European Union collaboration between the European Observatory, the OECD and the European Commission. These concise and policy-relevant Profiles cover the 27 EU Member State as well as Iceland and Norway. The 2021 editions focus on the impact of the Covid-19 pandemic and how countries' health systems responded to various resilience challenges related to mitigation measures, response

capacity and governance. The European Commission's 2021 Companion Report draws four key conclusions based on the findings of the Country Health Profiles prepared in the context of the State of Health in the EU.

► **State of Health in the UE : Profiles
By Countries. France 2021**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, OBSERVATOIRE
EUROPÉEN DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE
SANTÉ

2021

Paris : OCDE,

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/france-country-health-profile-2021_7d668926-en

Les profils de santé par pays produits dans le cadre de l'initiative State of Health in the EU fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers à chaque pays, sur fond de comparaisons entre pays. Ils visent à soutenir les décideurs et les influenceurs en leur offrant un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires. Ce profil concerne la France. L'impact de la Covid-19 est étudié.

► **Health at a Glance 2021**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2021

Paris OCDE

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Le Panorama de la santé fournit un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes. Ils portent notamment sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. En sus d'une analyse par indicateur, l'OCDE propose également un chapitre de synthèse comparatif, qui fait le point sur les performances et les grandes tendances des pays membres. Cette nouvelle édition se focalise principalement sur les conséquences de la crise sanitaire dans les pays de l'OCDE et notamment sur ses effets négatifs sur l'accès et la qualité des soins, et les difficultés grandissantes liées aux troubles mentaux.

► **Réactivité des systèmes de santé face
aux besoins des patients (Chapitre 14)**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2021

In: [Panorama des administrations publiques 2021].
Paris : OCDE

Les systèmes de santé s'efforcent de plus en plus de mettre l'accent sur l'humain dans la prestation des services. Cela inclut l'expérience des personnes lors de leurs interactions avec les prestataires de soins de santé, et implique de donner aux individus les moyens d'être acteurs de leur santé, en particulier avec l'aide des technologies numériques, lesquelles ont démocratisé l'accès aux informations de santé. De nombreux pays recueillent des éléments de mesure de l'expérience déclarée par les patients (PREM) et des résultats déclarés par les patients (PROM), en raison de leur importance pour l'amélioration des performances des systèmes de santé.

► **Potential Efficiency Gains
and Expenditure Savings in the Italian
Regional Healthcare Systems**

RIZZI D. ET ZANETTE M.

2021

Working Paper ; 27/WP/2021. Venise University of
Venice.

<https://ideas.repec.org/p/ven/wpaper/202127.html>

The paper aims to analyse the extent to which the adoption of best practice policies could improve the efficiency of Italian Regional Healthcare Systems (RHSs) and reduce public healthcare expenditures. By means of a stochastic frontier model we estimate the RHSs' technical inefficiency and its determinants using a panel data of 16 regions over the period 2010-2016. We use the Essential Levels of Care (LEA) scores computed by the Ministry of Health as a proxy for the RHSs' output and public healthcare expenditure as the main input. The level of inefficiency is a function of a set of variables summarising the organisational arrangements implemented by RHS policymakers. The results allow us to identify the best-practice policy, defined as the set of observable organisational arrangements that maximises aggregate efficiency. Adoption of the best-practice policy by all RHSs leads to potential efficiency gains of 1.5 per cent on average (from 93.4 per cent to 94.9 per cent) and to potential healthcare expenditure savings of 1.8 billion euro in 2016 (1.77 per cent of current expenditures).

► **Décarboner la santé pour soigner durablement**

SHIFT PROJECT
2021

Paris The Shift Project.

<https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2021/11/211125-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante.pdf>

Cette publication présente les principaux enjeux énergétiques et climatiques auxquels est confronté le secteur de la santé, ainsi que les leviers de décarbonation à actionner dès 2022 pour gagner en résilience.

Covid

► **Health Systems Resilience During Ovid-19: Lessons For Building Back Better**

SAGAN A., WEBB E., AZZOPARDI-MUSCAT N., *et al.*
2021

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-resilience-during-covid-19-lessons-for-building-back-better>

This study is targeted at policy-makers and has two aims. First, it provides national policy-makers with evidence from other countries to assess their own responses to Covid-19 and incorporate adjustments that are appropriate for their national contexts. To this end the study offers examples of assessment areas for each of the identified strategies that can be used as the first step in national assessments of health systems resilience. Second, the findings and lessons contained in the study enable us to draw experience from the COVID-19 pandemic to begin "building back better" to improve the response to future health systems shocks and hopefully even pre-empt them. This supports the transition from managing the crisis to achieving more resilient health systems and societies.

Occupational Health

► The Value of Sick Pay

ADAMS-PRASSL A., BONEVA T., GOLIN M., *et al.*
2021

Iza Discussion Paper Series ; 14808. Bonn Iza.
<https://docs.iza.org/dp14808.pdf>

Not all countries provide universal access to publicly funded paid sick pay. Amongst countries that do, compensation rates can be low and coverage incomplete. This leaves a significant role for employer-provided paid sick pay in many countries. In this paper, we study who has access to employer-provided sick pay, how access to sick pay relates to labor supply when sick, and how much it is valued by workers for themselves and others. We find that workers in jobs with high contact to others are particularly unlikely to have employer provided sick pay, as are economically insecure workers who are least able to afford unpaid time off work. We find that workers without sick pay are more likely to work when experiencing cold-like symptoms and are less willing to expose themselves to health risks at work during the pandemic. Using vignettes, we reveal that large shares of workers have a very high, but even more have a very low willingness to sacrifice earnings for access to sick pay. Together our findings highlight the unequal distribution of access to sick pay and the potentially strong negative externalities of not providing it publicly. The pandemic may have made these issues more salient as perceived probabilities of having to self-isolate are positively related to support for publicly provided sick pay. Finally, we find that providing information on the health externality of paid sick leave increases support for the public provision of sick pay, suggesting that there might be a public under-provision because individuals do not factor in the externalities.

► Rapport annuel 2021. L'Assurance Maladie - Risques professionnels

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2021

Paris CNAM.

Ce rapport annuel présente les chiffres de la sinistralité pour les risques accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles, ainsi que les éléments

d'équilibre financier de la branche et les prestations versées pour l'année 2020.

► Plan Santé-Travail 3. Action 1.11 : Amélioration et prise en compte de la polyexposition. « Profils homogènes de travailleurs polyexposés »

FOURNEAU C., PERNELET JOLY V., SANCHEZ M., *et al.*

2021

Saint-Maurice Santé publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/enquetes-etudes/plan-sante-travail-3-action-1.11-amelioration-et-prise-en-compte-de-la-polyexposition-profil-homogenes-de-travailleurs-polyexposes>

Tout au long de leur carrière professionnelle, les travailleurs sont susceptibles d'être exposés simultanément à de multiples facteurs de risques sanitaires. Dans le cadre du Plan Santé au Travail 2016-2020, une action spécifique visait l'amélioration de la prise en compte de la polyexposition, un défi majeur pour l'ensemble des acteurs de la sécurité sanitaire, de la santé publique et de la prévention. Suite à un premier état des lieux sur la polyexposition en France et à l'étranger, une étude pour identifier des groupes homogènes de salariés polyexposés a été mise en oeuvre par l'Anses, Santé publique France et la Dares et fait l'objet de ce rapport. Elle repose sur les données de l'enquête Sumer 2016-2017 (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels), exploitées via une analyse factorielle multiple suivie d'une classification ascendante hiérarchique. Ce travail a permis d'identifier 12 profils homogènes de salariés exposés à des contraintes multiples similaires (chimiques, physiques, biologiques, organisationnelles et/ou relationnelles). Ces profils objectivent des situations de polyexpositions qui concernent la quasi-totalité des salariés français, et permettent d'identifier les secteurs et/ou familles professionnelles concernés par ces situations.

► **Quelle est l'évolution de la fréquence du suivi des salariés par les services de santé au travail ?**

MAUROUX A.

2021

Dares Analyses(072).

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quelle-est-levolution-de-la-frequence-du-suivi-des-salaries-par-les-services-de-sante>

Dans un contexte de diminution du nombre de médecins du travail, les visites de suivi des salariés du privé par les services de santé au travail sont devenues moins fréquentes. En 2019, 39 % d'entre eux signalent avoir eu une visite avec un médecin du travail ou un infirmier au cours des 12 derniers mois, contre 70 % en 2005. La proportion de salariés signalant une visite de suivi au cours des deux dernières années baisse également mais moins fortement, de 87 % en 2005 à 72 % en 2019. La diminution de la fréquence des visites est similaire pour les salariés exposés aux contraintes physiques. Seule exception, les salariés qui travaillent régulièrement de nuit connaissent un plus faible espacement des visites.

► **4e plan Santé au travail 2021-2025**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

2021

Paris Ministère chargé du travail.

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst4.pdf>

Ce 4^e plan pour la santé au travail fixe la feuille de route en matière de santé au travail pour la période 2021-2025. Il est le fruit d'un travail de co-construction entre l'État, la Sécurité sociale et tous les organismes de prévention ainsi que les partenaires sociaux. Son élaboration s'est appuyée sur le bilan du PST 3 et des PRST 3 publié en juillet 2021. La philosophie d'ensemble du PST 3 reste pertinente. La primauté de la logique de la prévention par rapport à la logique réparation, la promotion d'une approche positive de la santé, la place majeure du dialogue social autour des conditions de travail ou celle de la prévention de la désinsertion professionnelle et de l'accompagnement des salariés vulnérables restent donc des fondamentaux de la prévention en santé au travail. Sur l'ensemble de ces thèmes, une impulsion majeure a été donnée par l'ANI du 9 décembre 2020 et la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. Le PST 4 traduit pleinement leur contenu et leur confère une dimension pleinement opération-

nelle. Parallèlement, de nouvelles thématiques ont été intégrées, à l'image des effets du changement climatique, des crises ou de l'égalité entre les femmes et les hommes. Enfin, les liens entre le PST 4 et les autres plans et programmes ayant un impact sur les travailleurs (santé, environnement, cancer, agriculture etc.) sont réaffirmés et approfondie. Le plan traduit pleinement la notion « d'allers vers » mise en œuvre en santé publique.

► **La santé au risque du chômage - synthèse d'une enquête sur la santé des chercheurs d'emploi**

SOLIDARITÉS NOUVELLES FACE AU CHÔMAGE

2021

Paris Solidarités nouvelles face au chômage (SNC).

<https://snc.asso.fr/espace-medias/communiqués-presse/3829-synthese-enquete-sante-2021>

La Cravate solidaire, Force Femmes, Solidarités nouvelles face au chômage et Territoires zéro chômeur de longue durée publient la synthèse d'une enquête menée de mars à juin 2021 auprès de personnes au chômage. Dans le prolongement des travaux menés par Solidarités nouvelles face au chômage (SNC) cette enquête, qui a collecté les réponses de près de 1000 personnes, met en lumière les conséquences du chômage sur leur état de santé, tant physique que psychique. Parce que recouvrer la santé est un facteur préalable au retour à l'emploi, nos quatre associations proposent des actions concrètes pour améliorer la prise en charge de la santé des chercheurs d'emploi.

Covid

► Remote Working and Mental Health During the First Wave of Covid-19 Pandemic

BERTONI M., CAVAPOZZI D., PASINI G., *et al.*
2021

IZA Discussion Paper ; 14773. Bonn Iza.

<https://ftp.iza.org/dp14773.pdf>

We use longitudinal data from the SHARE survey to estimate the causal effect of remote working during the Covid-19 pandemic on mental health of senior Europeans. We face endogeneity concerns both for the probability of being employed during the pandemic and for the choice of different work arrangements conditional on employment. Our research design overcomes these issues by exploiting variation in the technical feasibility of remote working across occupations and in the legal restrictions to in-presence work across sectors. We estimate heterogeneous effects of remote working on mental health: we find negative effects for respondents with children at home and for those living in countries with low restrictions or low excess death rates due to the pandemic. On the other hand, the effect is positive for men and for respondents with no co-residing children.

► Moins à risque face à la Covid-19, les jeunes adultes subissent les contrecoups économiques et sociaux de l'épidémie

ECHEGU O., PAPAGIORGIU H., PINEL L., *et al.*
2021

In: [France, portrait social. Edition 2021.]. Paris : Insee: 77-88, tabl, fig.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432515?sommaire=5435421>

Les jeunes adultes de moins de 30 ans risquent moins que leurs aînés de développer une forme grave de Covid-19 et d'en décéder. Cependant, leur état de santé mentale s'est nettement dégradé sous l'effet de la crise sanitaire et de ses impacts sociaux et économiques. En mai 2020, la prévalence des syndromes dépressifs a fortement augmenté chez les 18-29 ans, tandis qu'elle est restée stable aux âges plus élevés. Cette forte hausse est surtout portée par les 18-24 ans pour qui la prévalence double (de 10 % en 2019 à 22 % en mai 2020). À l'automne 2020, celle-ci demeure

supérieure pour eux à celle pour leurs aînés. Fin 2020, la part des 18-29 ans optimistes pour leur avenir baisse de 15 points par rapport à fin 2019 et rejoint celle des 30-59 ans, restée stable. Surreprésentés parmi les entrants sur le marché du travail et occupant plus souvent des emplois temporaires, les jeunes subissent plus fortement les effets économiques de la crise. En 2020, le taux d'emploi des 18-24 ans baisse de 1,7 point par rapport à 2019 et celui des 25-29 ans de 1,3 point, alors qu'il reste stable pour les 30-64 ans (+0,2 point). Les jeunes en emploi début 2020 sont aussi plus souvent passés par du chômage partiel ou technique : en mai 2020, c'est le cas de 46 % des 18-24 ans, contre 35 % des 25 ans ou plus. Au deuxième trimestre 2021, la situation de l'emploi s'améliore et les embauches en contrats longs des moins de 26 ans se redressent et dépassent les niveaux d'avant crise. La part des jeunes qui ne sont ni en emploi ni en formation demeure plus élevée qu'avant crise. La crise liée à l'épidémie de Covid-19 a affecté de manière inédite les étudiants. Les mesures visant à limiter la circulation du virus ont eu des répercussions sur leurs conditions d'apprentissage et ont pu fragiliser la situation financière des plus précaires d'entre eux. Le recours à l'aide spécifique ponctuelle – destinée aux étudiants confrontés à de graves difficultés financières – a fortement augmenté pendant les confinements et reste à un niveau inhabituellement élevé au premier semestre 2021.

Ageing**► Health and Aging Before and After Retirement**

ABELIANSKY A. ET STRULIK H.
2021

CESifo working paper ; 9370. Munich CESifo.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3950105&dgcid=ejournal_html_email_health:the:economy:ejournal_abstractlink

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

► Les prix des résidences autonomie en 2018 et 2019

ABHIZAT H., TOUPIN M. H. ET ZEMIRLI Y.
2021

Analyses Statistiques 10. Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2018_et_2019_des_ra-accessible.pdf

Il existe près de 2 300 résidences autonomie en France, ce qui représente environ 120 000 places d’hébergement, soit un nombre sensiblement inférieur à celui des places en EHPAD (près de 600 000). Plus de 75 % ont ouvert avant 1990. Près des trois quarts des résidences autonomie sont implantées en milieu urbain et périur-

bain. Les deux tiers des résidences autonomie sont de statut public, environ 30 % relèvent du privé non lucratif, et seulement 4 % sont à caractère commercial. Environ la moitié des résidences sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale à l’hébergement (ASH). En 2019, le prix médian d’un studio avec kitchenette (F1) s’établit à 688 euros, celui d’un studio avec cuisine isolée (F1 bis) est de 643 euros et celui d’un deux-pièces est égal à 787 euros. Dans l’ensemble, les prix ont légèrement augmenté entre 2018 et 2019, quel que soit le type de logement. Au-delà de l’évolution annuelle, ces augmentations résultent également des travaux de modernisation ou de rénovation entrepris entre deux locations, par exemple le remplacement d’une baignoire par une douche. La variabilité des prix des logements entre les résidences autonomie est importante – elle va du simple au triple – et ce, quel que soit le type de logement.

► Pour huit français sur dix, profiter le plus longtemps possible de la retraite reste la principale motivation de départ

ARNAUD F., FERRET A., NORTIER-RIBORDY F., *et al.*
2021

Etudes Et Resultats (Drees)(1216)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/ER_1216.pdf

Selon les personnes parties à la retraite entre mi-2019 et mi-2020, l’âge idéal de départ est en moyenne de 61 ans, en hausse de cinq mois par rapport aux enquêtes réalisées en 2014 et 2017. Profiter de sa retraite le plus longtemps possible, atteindre l’âge légal d’ouverture des droits et bénéficier du taux plein sont les motivations de départ le plus souvent citées. En quatre ans, les deux premiers motifs ont gagné de l’importance. Pour les nouveaux retraités qui ont prolongé leur carrière, l’intérêt de l’emploi occupé, le souhait de conserver son salaire et celui d’augmenter le montant de sa retraite ont, chacun, joué dans deux tiers des cas. La connaissance du système de retraite varie fortement suivant les dispositifs. 74 % des nouveaux retraités déclarent connaître la notion de taux plein; en revanche, la décote et la surcote, ou encore la retraite progressive, restent assez méconnues : respectivement 33 %, 42 % et 40 % des personnes interrogées disent n’en avoir

jamais entendu parler. 56 % des nouveaux retraités se disent aussi satisfaits à la retraite qu'avant leur départ. Parmi les 23 % de personnes plus satisfaites maintenant qu'elles ne l'étaient avant, être désormais à la retraite a beaucoup joué dans l'amélioration de leur satisfaction dans près de quatre cas sur cinq.

► **The Heterogeneous Effects of the Great Recession on Informal Care to the Elderly**

CARRO J. M. ET PRONKINA E.

2021

UC3M Working Paper Economics ; 2021-10. Madrid UC3M.

<https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/33444/we2110.pdf?sequence=1>

This paper studies the role of unobserved factors to measure the impact of the economic downturn on informal care availability to the elderly in Europe. We use the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), which allows controlling for socio-demographic variables. Our results show that the impact of the Great Recession on care receipt depends not only on observed, but also on unobserved characteristics. For 21 percent of the sample, the effect is three to four times larger than the average effect for the entire sample. For 57 percent of the sample, there is no effect of the economic crisis, and this is due to unobservable factors. In our estimation process, we are able to characterize how this unobserved heterogeneity correlates with the observable variables. Moreover, we show that if the unobserved heterogeneity in the effect of the crisis is ignored, then we are not able to capture that there is no effect for more than half of the individuals, even if we allow for unobserved heterogeneity in the intercept of the model and for the heterogeneous effect of the crisis based on observables.

► **La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**

COUR DES COMPTES

2021

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>

Malgré une production abondante de travaux parlementaires, de recherche et de rapports administratifs publiés au cours de cette dernière décennie, la prévention de la perte d'autonomie occupe toujours une

place marginale dans les politiques publiques. Alors que les constats et les actions pour mener une prévention efficace font largement consensus, la Cour a cherché à identifier les points de blocage, et à suggérer des leviers de progrès opérationnels qui permettraient d'améliorer la vie d'un quart de la population française – près d'un tiers demain. L'enquête publiée ce jour se situe en amont de la perte d'autonomie, sur le terrain de la prévention, et formule six recommandations.

► **Health, an Ageing Labour Force, and the Economy: Does Health Moderate the Relationship Between Population Age-Structure and Economic Growth?**

CYLUS J. ET AL TAYARA L.

2021

Social Science(287): 7.

<http://eprints.lse.ac.uk/112421/>

Research often suggests that population ageing will be detrimental for the economy due to increased labour market exits and lost productivity, however the role of population health and disability at older ages is not well established. We estimate the relationship between the size of the older working age population and economic growth across 180 countries from 1990 to 2017 to explore whether a healthy older working age population, as measured by age-specific Years Lived with Disability (YLDs), can moderate the relationship between an ageing labour force and real per capita GDP growth. Using country and year fixed effects models, we find that although an increase in the 55–69 year old share of the total population is associated with a reduction in real per capita GDP growth, the decline in economic growth is moderated if the population at that age is in good health. To demonstrate the magnitude of effects, we present model predicted real per capita GDP growth for a selection of countries from 2020 through 2100 comparing the 2017 country-specific baseline YLD rate to a simulated 5% improvement in YLDs. Our findings demonstrate that economic slowdowns attributable to population ageing are avoidable through policy interventions supporting healthy and active ageing.

► **Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES ASSURANCES
2021

Paris Fédération française des assurances.

<https://www.ffa-assurance.fr/actualites/les-assureurs-proposent-une-solution-solidaire-face-au-defi-de-la-dependance>

À quelques mois de l'élection présidentielle, la Fédération Française de l'Assurance (FFA) publie un livre blanc présentant une nouvelle proposition de prise en charge de la dépendance, coconstruite avec la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF). La proposition est une garantie solidaire, qui apporterait aux Français une solution concrète face à la perte d'autonomie, accessible à tous, à moindre coût.

► **Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (Domicile ou EHPAD)**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE
2021

Paris : HCFEA

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

Dans une note rendue publique fin novembre, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge analyse le coût de la prise en charge selon le lieu de vie des personnes âgées dépendantes. Qu'il s'agisse de l'État ou des ménages, le domicile présente la solution la moins onéreuse, à quelques exceptions près.

► **Les Ehpad et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie**

LESUEUR D., BAYARD S.
2021

Paris Banque des Territoires, Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée

<http://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2021-12/Etude%20Odas-Poste%20Ehpad.pdf>

Rédigée par l'Odas, la première partie livre une analyse détaillée de la population des personnes âgées, des lieux de résidence (les EHPAD mais également le domicile, où vit la majorité des personnes âgées), du poids de la perte d'autonomie et des dispositifs d'aides. Cette analyse permet de montrer que le vieillisse-

ment ne peut pas être exclusivement vu sous l'angle de la perte d'autonomie. Dans un pays où un tiers de la population aura demain plus de soixante ans, il devient urgent de changer de regard sur le vieillissement. La définition d'un rôle moteur des aînés dans leur territoire de vie servirait non seulement le bien commun, mais également leur intérêt en favorisant le « bien vieillir ». Fruit du travail de La Banque Postale, la seconde traite plus spécifiquement des EHPAD, au travers de leur situation financière en 2019 ainsi que des premiers impacts financiers pour les années 2020 et 2021, en lien avec une actualité réglementaire particulièrement riche dans le contexte de la crise sanitaire.

► **Heurs et malheurs du système universel de retraite**

MASSON A. ET TOUZE V.
2021

Policy Brief (Ofce)(83): 21.

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03382909/document>

Le 5 mars 2020, l'Assemblée nationale a adopté les projets de loi ordinaire et organique, déposés par le gouvernement Philippe, instaurant un système universel de retraite (SUR). Le calendrier législatif prévoyait que ces projets de loi soient ensuite débattus au Sénat en avril 2020. Le nouveau système prévu est universel, ce qui signifie qu'il a pour vocation de remplacer les 42 régimes actuels de retraite. Le principe de la répartition est préservé : les cotisations prélevées sur les revenus des travailleurs financent les pensions des retraités. Le système prévoit un socle contributif de pension par point (chaque euro cotisé ouvre les mêmes droits) et un socle solidaire avec une garantie d'une pension minimum fixée à 85 % du SMIC net pour une carrière complète. L'année 2020 aurait dû voir naître cette nouvelle organisation avec une mise en place progressive dès 2025. Il n'en sera rien. Le 16 mars 2020, en raison de la crise économique et sanitaire consécutive de la pandémie de la Covid-19, le président Macron a annoncé que la réforme était désormais suspendue. Pour comprendre l'avenir de cette réforme en suspens, il est nécessaire de revenir sur ses « heurs » et « malheurs ». Dans un premier temps, la réforme a reçu un accueil plutôt favorable en raison d'attentes sociales fortes pour une plus grande égalité et simplicité dans le mode d'attribution de droits à la retraite. En 2017, la formule de campagne présidentielle d'Emmanuel Macron « un euro cotisé offre les mêmes droits quel que soit le statut » a contribué

à la popularité du projet. La consultation citoyenne lancée en 2018, en parallèle à celle des partenaires sociaux, devait consolider le soutien des Français. Dans un second temps, l'élaboration pratique de la réforme s'est heurtée à une difficulté majeure : celle de dégager une large adhésion sur un projet aussi ambitieux. Plusieurs facteurs expliquent cette difficulté : L'instauration d'un système « super-universel » a été confrontée, simultanément, au problème posé par les problèmes de financement du système actuel en cas de croissance faible ; Le problème des transitions a été sous-estimé et s'est heurté à la question inéluctable des gagnants et perdants ; Les propositions de réforme bénéficient rarement, par nature, d'un large consensus initial dans la mesure où elles engendrent des oppositions idéologiques ; de plus, il subsiste des désaccords profonds au sein même de ses partisans.

► **Dynamic Analysis of Loneliness and Disability at Older Ages in Europe By Gender**

PAGAN R. ET MALO M.
2021

MPRA Paper; 110616. Munich MPRA.

https://mpra.ub.uni-muenchen.de/110616/1/MPRA_paper_110616.pdf

In this article, we analyse loneliness trajectories for older people aged 50 or more in selected European countries by gender. We focus on the relationship between disability and disability trajectories and loneliness trajectories. We use three waves of the longitudinal SHARE database. We find that permanent loneliness is not generalised, but 31 per cent of older males and 44 per cent of females suffer from loneliness in at least one of the three waves. Disability increases loneliness persistence, especially for women. Improvements in disability decrease the risk of loneliness persistence, but this effect is smaller than for disability status and there are no clear differences by gender. The rankings of the country effects on loneliness persistence by gender provide only partial support, with Mediterranean and Eastern European countries having the highest persistence, while the lowest rates are found in Northern countries, as in the previous comparative literature on loneliness.

► **Mettre le “ value-based aging ” au coeur des politiques de dépendance**

RAPP T., ROQUEBERT Q. ET SICSIC J.
2021

Liepp Policy Brief(53)

<https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/mettre-le-value-based-aging-au-coeur-des-politiques-de-dependance.html>

Avec le vieillissement de la population, l'accompagnement de perte d'autonomie et le bien-vieillir sont devenus des enjeux de politique publique majeurs. Une question centrale est celle de la pertinence des aides publiques : sont-elles centrées sur les besoins des personnes ? Cette étude montre qu'il existe en effet une corrélation forte entre la santé perçue par nos aînés et leurs besoins de soins de longue durée (familiaux et professionnels). Nous préconisons de déployer une aide publique basée sur la notion de « value-based aging », c'est-à-dire finançant en priorité des aides centrées sur les attentes des aînés.

► **The Impact of Co-Payments For Nursing Home Care on Use, Health, and Welfare**

TENAND M., BAKX P. ET WOUTERSE B.
2021

CPB Discussion Paper ; 430. La Hague CPB.

<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-430-The-impact-of-co-payments-for-nursing-home-care-on-use-health-and-welfare.pdf>

In 2013, a reform (the vermogensinkomensbijtelling) increased co-payments for long-term care for people with financial wealth. As shown in a new empirical study, it induced older people to postpone nursing home use, but only by a few days on average. The reform reduced the financial pressure on the long-term care system, but at the cost of raising the financial risk of older adults. With population aging, many countries seek to keep long-term care accessible while containing public spending. Co-payments play a role in balancing these goals by shifting parts of the costs to users and providing an incentive to only use necessary care. However, evidence on how co-payments affect care use, health and financial risk is limited. A 100-euro increase in the monthly price of nursing home care lowers the time spent in a nursing home by 0.8 day. The offsetting increase in home care use is small and there is no overall effect on mortality. Because some people end up staying many years in a nursing home, the limited increase in the monthly co-payment induced a substantial rise in lifetime co-payments. A

cap on lifetime co-payments would limit the associated financial risk while preserving the incentive to postpone an admission.

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

ZAIDMAN C.

2019

Document de travail ; 1 Paris : ONDPS

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Optimisation%20des%20parcours%20complexes%20des%20personnes%20C3%A2g%C3%A9es%20poly-pathologiques.pdf>

Ce rapport présente les principaux enseignements issus du groupe de travail consacré aux impacts de l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques sur les besoins en formation et la répartition des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne, en gériatrie, en médecine polyvalente et en médecine générale. Les travaux de ce groupe se sont appuyés sur l'expertise des professionnels eux-mêmes, sur la base d'auditions et de contributions écrites, sur des enquêtes de terrain et sur des analyses démographiques. Les contributions des professionnels de santé enseignants, en activité et en formation sont publiées dans leur intégralité dans la Partie III du rapport.

Covid

► **Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2021

Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/publications/oecd-pensions-at-a-glance-19991363.htm>

Cette nouvelle édition du Panorama des pensions, publiée alors que la pandémie sévit depuis presque deux ans, livre de nouveaux éclairages sur les conséquences de la crise pour les retraités et les régimes de retraite. Dans la majorité des pays de l'OCDE, les retraités ont été épargnés par les répercussions économiques de la crise du fait que les pensions servies ont été généralement préservées. Ce qui n'est pas le cas pour les régimes de retraite, mis quant à eux à rude épreuve par la diminution des cotisations perçues.

quième parties s'intéressent aux besoins des aidants pendant le confinement et après le confinement. La sixième partie présente les résultats de l'enquête complémentaire. Des portraits d'aidants sont également présentés : les aidants précoces (99 répondants, soit 9,6 % des répondants), les aidants de personnes ayant des troubles psychiques (163 répondants, soit 15,8 % des répondants), l'aide au masculin (229 répondants, soit 22,2 % des répondants) (p40) et les aidants qui ne demandent jamais rien (68 répondants, soit 6,6 % des répondants). En effet, si ces populations d'aidants ne présentent pas, sur la totalité de l'enquête, de différences significatives par rapport à l'ensemble des répondants, elles présentent néanmoins quelques particularités.

► **Impact du confinement : une charge supplémentaire pour les aidants**

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES

2021

Paris Unaf.

<https://www.unaf.fr/spip.php?action=telecharger&arg=8556>

Cette enquête se décline en six parties. La première permet de présenter le profil des aidants et des personnes qu'ils accompagnent. La seconde décrit la situation d'aide. La troisième met en lumière l'impact du confinement sur les aidants. Les quatrième et cin-



Index des auteurs Author index

A

Abdersson T.....	10
Abeliansky A.....	45
Abhizat H.....	45
Adams-Prassl A.....	42
Addictions France.....	15
Afrite A.....	37
Aizenman J.....	31
Alaoui O.....	30
Al Tayara L.....	46
Anderson D. M.....	25
Apouey B.....	22
Arnaud F.....	45
Arnaud J. M.....	17
Association Internationale de Sécurité Sociale.....	30
Azzopardi-Muscat N.....	41

B

Bakx P.....	48
Berhuet S.....	22
Bertoni M.....	44
Betemps J. M.....	26
Blanpain N.....	17
Blavac T.....	29
Bocognano A.....	36, 39
Boneva T.....	42
Bonnet C.....	36
Boone J.....	39
Bree R. L.....	9
Breton D.....	9
Bundorf K.....	10

C

Cabral M.....	36
Caisse Nationale d'Assurance Maladie.....	42
Carrere A.....	19
Carro J. M.....	46
Cavapozzi D.....	44
Chancel L.....	23
Chaput H.....	38
Charrier R.....	36

Cingolani P.....	35
Claeys S.....	20
Comité Economique des Produits de Santé.....	25
Conseil d'État.....	30
Conseil du Numérique en Santé.....	13
Costa D.....	15
Costemalle V.....	17
Cour des Comptes.....	10, 31, 46
Courtejoie N.....	32
Couvert N.....	19
Croutte P.....	22
Cukierman A.....	31
Cylus J.....	46

D

Dang H. A.....	23
Darden M. E.....	10, 28
Datsenko R.....	22
Debeaupuis J.....	30
Delatte M.....	21
Demaison C.....	9
Deschenes O.....	28
Dharréville P.....	21
Diaz-Gomez C.....	25
Dillender M.....	11, 36
Ding H.....	18
Diris R.....	25
Douguet F.....	37
Dowdy D.....	10, 28
Dubois D.....	29
Ducharne T.....	9
Duchene S.....	29
Dutz D.....	27

E

Echegu O.....	44
Eloire F.....	35
Enache A.....	10
Erlanson A.....	10

F

Fédération Française des Assurances.....	47
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile.....	21
Ferret A.	45
Finez J.....	35
Fouquet M.	27
Fourneau C.....	42
Fournier C.	35
France Assos Santé.....	23
France Stratégie.....	11

G

Gaini M.	17
Gardner L.	10 , 28
Gilles Delalonde J.	37
Golin M.....	42
Grivet L.	9
Grossmann V.....	13
Gueydan G.....	30

H

Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'Age	47
Haut Conseil de la Santé Publique	24
Haut Conseil du financement de la protection sociale.....	12
Hawking S.....	14
Hazo G. B.....	17
Hedon C.....	33
Hetschko C.....	34
Huitfeldt I.	27
Hvide H. K.....	33

I

IQVIA	26
Ireps Auvergne Rhône-Alpes.....	25

J

Jeurissen P.....	39
Jinjarak Y.....	31
Jinks L. G.	11

Johnsen J.	33
Joly V.	42

K

Kaestner R.	21
Karaivanov A.....	31
Karoutchi R.	17
Kessler D. P.	10
Khaoua H.	32
Kim D.....	31

L

Lacouture S.....	27
Landa G.	16
Laudicella M.....	21
Leclerc C.	36
Lesdos C.....	9
Li Donni P.....	21
Lo Sasso A. T.	11

M

Maarse H.	39
Madden D.....	22
Maeda A.....	37
Maes S.	34
Malliet P.	16
Malo M.....	48
Masson A.	47
Mathieu L.	14
Mauroux A.	43
Merchand J.	19
Michel L.	35
Millet M.	25
Ministère chargé de la Santé.....	21 , 29
Ministère chargé du travail.....	43
Miron de l'Espinay A.	32
Missegue N.....	19
Montizaan R.....	25
Moore T. J.	16
Mousques J.	37

N

Nezosi G.....	12
Noel C.	36
Nortier-Ribordy F.....	45

O

Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé.....	39 , 40
Oderkirk J.....	13 , 14
Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.....	24
Oliveira Hashiguchi T.....	13
OMS Bureau régional de l'Europe.....	16
Organisation de Coopération et de Développement Economiques.....	40 , 49
Ors Occitanie	20

P

Pacula L. R.....	16
Pagan R.	48
Papagiorgiou H.....	44
Papon S.	17
Pasini G.....	44
Perrin Z.....	14
Petiau A.....	35
Piketty T.....	23
Pinel L.	32 , 44
Polton D.....	29 , 38
Portela M.	38
Pronkina E.....	46

R

Rance E.	26
Rapp T.	48
Renaudin A.	12
Reynes F.	16
Rizzi D.....	40
Robert C.....	35
Roquebert Q.....	48
Rossin-Slater M.....	18
Roth N.....	26
Ruhm C. J.	18

S

Saez E.	23
Safon M. O.....	38
Sagan A.	41
Sanchez M.	42
Santé Publique France.....	20
Schöb R.	34
Secours Catholique.....	24
Shi E. N. L.....	31
Shift Project.....	41
Shmidtke J.	34
Sicsic J.....	48
Slawomirski L.....	13
Socha-Dietrich K.....	14 , 37
Solidarités Nouvelles face au Chômage.....	43
Stigler M.	28
Strulik H.	45
Suarez Castillo M.....	32
Suchier M.	35
Suhard V.....	38

T

Tenand M.....	48
Toupin M. H.....	45
Touze E.....	39
Touze V.....	47
Trinh T. A.	23

U

Union Nationale des Associations Familiales...	49
--	----

V

Verme P.	23
Vidal C.	19
Vilbrod A.....	37
Vinquant J. P.....	29

W

Webb E.....	41
Weill J. A.	28
Wouterse B.	48

Z

Zaidman C.....	49
Zanette M.	40
Zemirli Y.....	45
Ziedan E.....	21