

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Février 2025 / February 2025

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention santé	<i>Health Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Système 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

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé
21-23 rue des Ardennes - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • www.irdes.fr

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 9 Private Health Plans : Comparison of Employer-Sponsored Plans to Healthcare.gov Marketplace Plans**
Government Accountability Office
- 9 Effects of Losing Medicaid on Body Weight and Health Behaviors**
Rahman M.T.
- 9 The Long-Run Impacts of Regulated Price Cuts: Evidence from Medicare**
Rogers P. et Ji Y.
- 9 Magnitude and Social Correlates of Poor Decisions in Health Insurance**
Zou L. et Biener C.

E-santé

E-Health

- 10 Artificial Intelligence and the health workforce : Perspectives from medical associations on AI in health**
Almyranti M., Sutherland E. et Ash N.
- 10 Prévention & santé numérique : une urgence politique !**
Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale

Economie de la santé

Health Economics

- 11 Physician Practice Preferences and Healthcare Expenditures: Evidence from Commercial Payers**
Clemen J., Leger P.T. et Nandan Y.
- 11 Avis du Comité d'alerte n°2024-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**
Comité d'alerte de l'évolution des dépenses d'Assurance maladie

- 11 Retour sur l'évolution de l'ONDAM entre 2019 et 2023**
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 11 La situation financière de la sécurité sociale : Un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025**
Cour des comptes
- 12 Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024**
Didier M. et Lefebvre G.
- 12 Health Shocks, Health Insurance, Human Capital, and the Dynamics of Earnings and Health**
Keane M.P. et Capatina E.
- 12 Cost-Effectiveness of a Community First Responder System for Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Poland**
Jaskula J., Medic G. et Verma S.
- 13 Is Care Affordable for Older People?**
OCDE
- 13 Megatrends and the Future of Social Protection**
Organisation de coopération et de développement Économiques
- 13 Aides auditives et 100% santé : les enjeux d'une réforme très française**
Pichetti S. et Raynaud D.

Environnement et santé

Environmental Health

- 14 Impact of Climate Change on Health and Drug Demand**
Abir M., Vardavas R. et Tariq Z.H.
- 14 Agir sur les espaces verts, les mobilités actives, la chaleur, la pollution de l'air et le bruit : quels bénéfices pour la santé ? Synthèse des résultats dans la Métropole Européenne de Lille**
Santé Publique France
- 14 Sustainable development goal indicator 3.9.1: mortality attributed to air pollution**
Organisation Mondiale de la Santé

État de santé Health Status

- 15 Born at the Right Time: Examining the Effect of Relative Age on Mental Health in Adulthood**
Bockerman P., Haapanen M. et Kuhakoski J.
- 15 Sciences comportementales et santé. Regards croisés au cœur du changement**
Fondation April
- 15 Critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire**
Haute Autorité de Santé
- 15 Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale**
Monnier-Besnard S., Decio V. et Delome R.
- 16 La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023**
Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives

Géographie de la santé Geography of Health

- 16 Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sage-femmes ?**
Karnycheff T., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., Chevillard G.

Handicap Disability

- 17 Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?**
Bartoli S., Leost H. et Schapira I.
- 17 Fonctionnement et financement des MDPH**
Commission des comptes de la Sécurité sociale

Hôpital Hospital

- 17 Analyse de l'activité hospitalière 2023 - Hospitalisation à domicile**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 18 Analyses des activités MCO et SMR 2023**
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- 18 Analyse de l'activité hospitalière après la crise sanitaire**
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 18 L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital**
Cour des comptes
- 18 An Analysis of Tax Exemption and Community Benefits for Nonprofit Hospitals in New Jersey**
Fadahunsi O. et Mensah Y. M.
- 19 Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 19 An Optimization Methodology for Cost Optimization Under the Constraint of Average Waiting Times on Hospital Pharmacy Departments**
Shih C.M., Jiang F.C. et Chiang Y.J.

Inégalités de santé Health inequalities

- 20 Les difficultés des ménages précaires à suivre les recommandations alimentaires de santé publique**
Blehaut M., Gressier M. et Paquet N.
- 20 Trajectoires de pauvreté : profils, déterminants et conséquences. Approche française et perspectives européennes**
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale
- 20 Socio-Economic Inequality in Mortality and Healthcare Utilization: Evidence from Cancer Patients**
Frimmel W. et Glaser F.
- 21 Les revenus et le patrimoine des ménages - Édition 2024**
Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques

21 Rapport annuel de l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels
Observatoire des expulsions collectives des lieux de vie informels

21 État de la pauvreté en France 2024
Secours catholique

21 Consultation nationale des 6-18 ans 2024. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social
UNICEF

21 L'inégalité est un choix : Comment les idées, le pouvoir et les politiques creusent les écarts
Von Arnim R.L. et Stiglitz J.E.

22 Magnitude and Social Correlates of Poor Decisions in Health Insurance
Zou L. et Biener C.

24 Introduction à la santé globale
Chabrol F. et Gaudilliere J.P.

24 Identification, evaluation, and selection of health conditions for the need research programme
Levy M., Maertens de Noordhout C. et Claerman R.

Politique sociale Social Policy

25 Dépenses sociales et médico-sociales des départements en 2023
Bas B. et Kremiski-Frey V.

25 L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap - Édition 2024
Le Caignec E.

Médicaments Pharmaceuticals

22 Effect of an Information Intervention on Opioid Prescribing: A Preregistered Nationwide Randomized Experiment
Ahomaki L., Bockerman P. et Pehkonen J.

23 Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023
Santé Publique France

Prévention Prevention

26 The Health and Employment Effects of Employer Vaccination Mandates
Gandhi A., Larkin I. et Mccgarry B.

26 Impacts of Health Checkup Programs Standardization on Working-Age Self-Employed and Unemployed: Insights from Japan's Local Government Response to National Policy
Oikawa M., Yamaguchi T. et Awatani T.

Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

23 Reevaluating Causal Inference: Bias Reduction in Confounder-Effect Modifier Scenarios
Wang X., Oraby T. et Mao X.

Psychiatrie Psychiatry

27 Guide de bonnes pratiques pour la prise en charge des détenus hospitalisés en soins sans consentement en psychiatrie
Direction Générale de l'Offre de Soins

27 Rapport d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques
Dubre-Chirat N. et Rousseau S.

Politique de santé Health Policy

24 Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social
Bloch M. A. et Henaut L.

27 Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif
Espagnacq M., Regaert C.

- 28 Mental health policy and services in England**
Garratt K.
- 28 Avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age
- 28 Costs and activity for mental health services provided by NHS mental health trusts in England: sociodemographic and regional trends**
Matias M.A., Villasenor A. et Castelli A.
- 28 Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).**
Ministère chargé de la Santé
- 29 6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs : qui sont-ils ?**
Troy L.

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 29 Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018**
Afrite A., Bourgeois I., Bricard D., Cassou M., Chevillard G., Daniel F., Fournier C., Franc C., Guillaume S., Legrand J., Lucas-Gabrielli V., Morize N., Mousquès J., Pitti L., Schlegel V.
- 30 Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites**
Henckes N.

Soins de santé primaire *Primary Healthcare*

- 30 L'accès aux études de santé. : Quatre ans après la réforme une simplification indispensable**
Cour des comptes

- 30 To test or not to test? Risk attitudes and prescribing by French GPs**
Kemel E., Nebout A. et Ventelou B.
- 31 Wealth Shocks and Physician Behavior: Evidence from Childbirth**
Wang Y.

Systemes de santé *Healthcare systems*

- 31 Healthcare Readiness Index 2023**
Globsec
- 31 Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask**
Greer S. L., Rozenblum S., et Fahy N.

Travail et santé *Occupational Health*

- 32 Etude sur le maintien et le retour au travail des patients et survivants du cancer**
Buckingham S., Colonnese F. et Broughton A.
- 32 Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019**
Colinot N., Debeugny G. et Pollak C.
- 32 Household Penalty**
Du X. et Zaremba K.
- 33 Unintended Health Consequences of Decreasing Unemployment Insurance Generosity During an Economic Recession**
Flores M. et Benavides F.G.
- 33 Programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel : Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques (MS) chez les salariés en France en 2016-2017 et 2018-2019 et évolution depuis 2009**
Homere J., Delezire P. et Bonnet T.
- 33 Rapport d'information sur les grands enjeux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles**
Richer M.P. et Le Houerou A.

Vieillessement Aging

34 Healthy Aging, Healthy Living

Aspalter C.

34 La situation conjugale des retraités du régime général

Bac C., Deme R. et Julliot M.

2024

34 The Hidden Value of Adult Informal Care in Europe

Costa-font J. et Vilaplana-Prieto C.

34 Panorama international et comparaison France-Allemagne

Conseil d'Orientation des Retraites

34 L'allongement de la vie professionnelle des agents dans une fonction publique d'État vieillissante

Cour des comptes

35 L'épargne retraite : Entre produit financier et complément de retraite, un dispositif coûteux aux objectifs à clarifier

Cour des comptes

35 Enquête : Les discriminations des seniors dans l'emploi

Défenseur des droits

35 L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023

Deroyon T.

35 The Role of Subjective Expectations in (Under)Planning for Old Age Social Care

Font-Gilbert P.

36 Atlas cartographique du grand âge. : Les dynamiques territoriales du vieillissement

Intercommunalités de France

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

Observatoire des Pays de la Loire

36 Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs

Penneau A., Or Z.

37 Comment gérer la fin de vie ? Les dispositions adoptées dans les pays industrialisés

Perelman S. et Pestieau P.

37 The life course effects of care

Richiardi M., Bronka P. et Van de Ven J.

Assurance maladie

Health Insurance

► Private Health Plans : Comparison of Employer-Sponsored Plans to Healthcare.gov Marketplace Plans

GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE
2024

Washington, G.A.O.

<https://www.gao.gov/products/gao-25-106798>

In 2023, about 165 million individuals in the U.S. got their health coverage through an employer and about 16 million got coverage through Affordable Care Act Marketplaces. Comparing the costs of these plans isn't straightforward. For example, people with employer-sponsored plans pay their premiums with pre-tax dollars. People with Marketplace plans pay their premiums with after-tax dollars. Other factors (e.g., geographic area, level of coverage) can also affect costs. We estimated that people with employer-sponsored plans had lower average premiums, but their average contributions to those premiums were higher than those in Marketplace plans.

► Effects of Losing Medicaid on Body Weight and Health Behaviors

RAHMAN M.T.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4973914

Tennessee's 2005 Medicaid reform resulted in approximately 4% of the state's childless adults losing their public health insurance coverage. Leveraging this policy-induced variation, I study the effects of Medicaid disenrollment on body weight and health behaviors. Using Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) data from 1997 to 2010, I estimate comparative case study models that compare Tennessee's outcomes before and after the reform with those of a data-driven control group. The preferred synthetic difference-in-differences estimates suggest that the reform led to 0.37 kg/m² increase in body weight among Tennessean childless adults, contributing to a 4% rise in the prevalence of overweight or obese (BMI \geq 25) within this group. The effects were large among young adults aged 20 to 39 years and women, who likely experienced significant coverage losses due

to the reform. Examining health behaviors, I find that decreased participation in moderate physical activities (e.g., brisk walking, gardening) and a reduction in vegetable consumption explain nearly two-third of the weight gain. Finally, the findings indicate that the effects of reducing Medicaid coverage on body weight and related health behaviors may not mirror those of increasing Medicaid access.

► The Long-Run Impacts of Regulated Price Cuts: Evidence from Medicare

ROGERS P. ET JI Y.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper n° 33083)

<https://www.nber.org/papers/w33083>

We investigate the effects of substantial Medicare price reductions in the medical device industry, which amounted to a 61% decrease over 10 years for certain device types. Analyzing over 20 years of administrative and proprietary data, we find these price cuts led to a 25% decline in new product introductions and a 75% decrease in patent filings, indicating significant reductions in innovation activity. Manufacturers decreased market entry and increased outsourcing to foreign producers, associated with higher rates of product defects. Our calculations suggest the value of lost innovation may fully offset the direct cost savings from the price cuts. We propose that better-targeted pricing reforms could mitigate these negative effects. These findings underscore the need to balance cost containment with incentives for innovation and quality in policy design.

► Magnitude and Social Correlates of Poor Decisions in Health Insurance

ZOU L. ET BIENER C.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4967144

Existing research documents that consumers frequently make mistakes in health insurance markets, leading to price distortions and inefficient resource allocation. However, less attention is paid to how such mistakes contribute to health inequality, particularly when

economically disadvantaged populations are more likely to make poor decisions. This study examines the distribution of choice quality in the Swiss health insurance market, using two sets of administrative linked survey data. We find that economically disadvantaged populations—those with lower incomes and less education are significantly more likely to choose

higher-coverage plans that are suboptimal given their health risks. Specifically, 49 percent of the population chooses plans that result in financial losses, with average foregone savings ranging from CHF 382 to CHF 457 annually. These suboptimal choices contribute to widening disparities in financial wellbeing.

E-santé

E-Health

► **Artificial Intelligence and the health workforce : Perspectives from medical associations on AI in health**

ALMYRANTI M., SUTHERLAND E. ET ASH N.
2024

Paris, Ocde

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9a31d8af-en.pdf>

Healthcare has progressed through advancements in medicine, leading to improved global life expectancy. Nevertheless, the sector grapples with increasing challenges such as heightened demand, soaring costs, and an overburdened workforce. Factors contributing to health workforce strain include ageing populations, increasing burden from non-communicable and chronic diseases, healthcare providers' burnout, and evolving patient expectations. Artificial Intelligence (AI) could potentially transform healthcare by alleviating some of these pressures. But AI in health poses risks to health providers through potential workforce disruption – with changing roles requiring adapted skills with some functions subject to automation. Striking a balance between innovation and safeguards is imperative.

► **Prévention & santé numérique : une urgence politique !**

CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE SUR LA PROTECTION SOCIALE
2024

Paris, C.R.A.P.S.

<https://www.thinktankcraps.fr/prevention-sante-numerique-une-urgence-politique/>

Si la santé numérique, notamment appliquée à la pré-

vention, est une promesse d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, de nombreuses interrogations demeurent : comment mobiliser l'ensemble des acteurs ? Quelle évaluation faut-il mettre en place pour mesurer la qualité des soins et des accompagnements ? Comment susciter la confiance et l'adhésion des usagers et des professionnels de santé ? Comment garantir un usage éthique des données sensibles ? Quel modèle de financement doit être envisagé ? Convaincus que le « tout numérique » ne doit pas être une fin en soi, mais un outil au service d'un projet politique, social et économique ambitieux visant à favoriser les évolutions nécessaires de notre système de santé, le CRAPS et Health & Tech ont réuni une quarantaine d'acteurs issus d'horizons différents pour partager leurs réflexions, enrichir le débat et anticiper la bascule vers une médecine personnalisée, préventive, prédictive, participative et basée sur les preuves.

Economie de la santé

Health Economics

► **Physician Practice Preferences and Healthcare Expenditures: Evidence from Commercial Payers**

CLEMEN J., LEGER P.T. ET NANDAN Y.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33090)
<https://www.nber.org/papers/w33090>

We examine the relationship between physician preferences and both the intensity and cost of care delivered to commercially insured heart attack patients. We match survey data on physician preferences, collected by Cutler, Skinner, Stern, and Wennberg (2019) (CSSW), to medical claims data from the Health Care Cost Institute, which spans over 50 million insurance beneficiaries. In contrast to CSSW, who find strong correlations between aggressive practice preferences and both expenditure and utilization for the Medicare population, we find relationships that are both economically and statistically smaller in magnitude within the commercially insured population. Variations in commercial insurers' prices appear to play an important mediating role.

► **Avis du Comité d'alerte n°2024-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**

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

Paris, Comité d'alerte de l'évolution des dépenses d'Assurance maladie
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-ALERTE/2024/Comit%C3%A9%20d%27alerte%20Ondam%20Avis%202024-3.pdf

► **Retour sur l'évolution de l'ONDAM entre 2019 et 2023**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2024

Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale . In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025]. Paris, CCSS
<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2024/CCSS-mai%202024.pdf>

La période 2019-2023 est atypique dans le sens où elle est marquée par une succession d'événements exceptionnels. Face à ces chocs d'ampleurs inédites, les dépenses ont fortement progressé. En 2023, les dépenses supplémentaires par rapport à 2019 sont estimées à 50 Md€, dont la moitié s'explique par le surcoût engendré par la crise sanitaire, le Ségur de la santé et l'inflation exceptionnelle. In fine, le suivi de l'ONDAM de ces dernières années permet de démontrer que les dépassements et la forte augmentation de son taux d'évolution sont principalement liés aux événements exceptionnels de la période étudiée. L'analyse retraitée de ces événements fait toutefois apparaître une inflexion haussière par rapport à l'évolution d'avant crise. Le constat de l'ONDAM 2024 permettra de mieux la caractériser.

► **La situation financière de la sécurité sociale : Un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025**

COUR DES COMPTES
2024

Paris, Cour des comptes
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-financiere-de-la-securite-sociale>

En mai dernier, la Cour des comptes a publié son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss). Elle critiquait la trajectoire financière de la sécurité sociale qui comportait des déficits croissants d'ici à 2027. À l'occasion de l'examen parlementaire du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025, la Cour a actualisé son analyse sur les enjeux financiers liés à la sécurité sociale. Les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ont souhaité obtenir communication de ces travaux. Dans sa communication aux Assemblées, la Cour constate que 2024 est une année de rupture dans la résorption du déficit de la sécurité sociale depuis le pic atteint en 2020 lors de la crise sanitaire. Le PLFSS pour 2025 comprend un

ensemble de mesures en recettes et en dépenses de nature à endiguer ponctuellement l'aggravation du déficit. Pour autant, d'ici à 2028, la trajectoire financière de la sécurité sociale continuerait de se dégrader, le déficit annuel atteindrait 19,9 Md€. L'accumulation de tels déficits, sans solution de financement, conduit à la reconstitution d'une nouvelle dette sociale qui atteindrait, d'ici à 2028, près de 100 Md€.

► **Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024**

DIDIER M. ET LEFEBVRE G.

2023

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/CNS2023.pdf>

Ce Panorama présente les comptes de la santé, quantification de l'ensemble des dépenses de santé à l'échelle nationale, en analyse les résultats en 2023, et les replace dans une perspective internationale. Il livre des analyses complémentaires sur les dépenses des postes concernés par la réforme du 100 % santé (optique, audioprothèses, soins dentaires y compris prothèses dentaires) et les indemnités journalières.

► **Health Shocks, Health Insurance, Human Capital, and the Dynamics of Earnings and Health**

KEANE M.P. ET CAPATINA E.

2024

Baltimore, Johns Hopkins University (John Hopkins University - Department of biostatistics Working Papers)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4998580

We specify and calibrate a life-cycle model of labor supply and savings incorporating health shocks and medical treatment decisions. Our model features endogenous wage formation via human capital accumulation, employer-sponsored health insurance, and means-tested social insurance. We use the model to study the effects of health shocks on health, labor supply and earnings, and to assess how health shocks contribute to earnings inequality. We also simulate provision of public insurance to agents who lack employer-sponsored insurance. The public insurance program substantially increases medical usage by the uninsured, leading to improved health and life expectancy, which generates higher Social Security costs.

But the program also creates positive labor supply incentives, and substantially reduces costs of social insurance, Medicaid and free care. On balance the net program cost is modest, and all agents in the model are ex ante better off in a balanced budget simulation. In contrast, improving access to Medicaid has perverse labor supply effects, does little to improve health, and makes almost all agents worse off in a balanced budget scenario.

► **Cost-Effectiveness of a Community First Responder System for Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Poland**

JASKULA J., MEDIC G. ET VERMA S.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5001906

Objective Out-of-Hospital Cardiac Arrest (OHCA) is a significant public health issue in Poland, with only an 8.4% survival rate to hospital discharge. Early initiation of Basic Life Support and defibrillation through a Community First Responder (CFR) system can markedly improve survival rates and neurological outcomes. Methods A decision tree and Markov model compared the cost-effectiveness of three scenarios against standard care by estimating costs and quality-adjusted life years (QALYs). Scenario 1 involved raising public awareness and educating on the 30:2 CPR protocol. Scenario 2 added equipping blue-light service vehicles with Automated External Defibrillators (AEDs) and training personnel. Scenario 3 implemented a full CFR system with integrated AEDs, dispatch centres, and trained citizen responders. The analysis included survival to hospital discharge, with sensitivity analyses assessing robustness. Results The incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) were €15,221 for Scenario 1, €30,659 for Scenario 2, and €16,205 for Scenario 3 per QALY gained—all below the threshold of €44,585. Improvements were observed in all stages, including survival to hospital discharge and neurologically intact survival. Probabilistic sensitivity analyses confirmed the robustness of the results. Conclusion Implementing a CFR system in Poland is a cost-effective strategy that enhances survival rates after OHCA at an acceptable cost per QALY. The study emphasizes the importance of AED accessibility, trained CFRs, and streamlined emergency responses to improve survival and quality of life for OHCA patients. These findings support policy development and resource allocation to strengthen Poland's emergency medical response to OHCA.

► **Is Care Affordable for Older People?**

OCDE

2024

Paris, Ocde (OECD Health Policy studies)

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/securing-medical-supply-chains-in-a-post-pandemic-world_119c59d9-en

With population ageing, the demand for helping older people with daily activities – so-called long-term care – is set to increase across OECD countries by more than one-third by 2050. Older people with long-term care needs are more likely to be women, 80-years-old and above, live in single households, and have lower incomes than the average. Currently, across OECD countries, publicly funded long-term care systems still leave almost half of older people with care needs at risk of poverty, particularly those with severe care needs and low income. Out-of-pocket costs represent, on average, 70% of an older person’s median income across the OECD. This report suggests avenues to improve funding to make long-term care systems better able to meet the demand for their services, and suggests policy options to improve the targeting of benefits and seek efficiency gains to contain the costs of long-term care.

► **Megatrends and the Future of Social Protection**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2024

Paris, OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/megatrends-and-the-future-of-social-protection_6c9202e8-en

Ageing populations, changing labour markets, and climate change are affecting economies and societies across OECD countries. What challenges do these “megatrends” pose for social protection systems? What are the implications of these trends for the coverage, the effectiveness, and – critically – the funding of social protection today and tomorrow? With an eye towards informing future reforms, this report presents a broad stocktaking of population ageing, changing patterns of labour supply, new and emerging employment forms, changes in household composition and unpaid work, the effects of new technologies on employment and wages, and the effects of climate change and the net zero transition on social protection systems in OECD countries.

► **Aides auditives et 100% santé : les enjeux d’une réforme très française**

PICHETTI S. ET RAYNAUD D.

2024

Podcast n° 4. Paris, Irdes.

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

Depuis le 1^{er} janvier 2019, la réforme 100% Santé propose à toutes les personnes bénéficiant d’une complémentaire santé un plus large choix d’équipements et de soins en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100%, dans l’objectif de garantir l’accès pour tous à des soins de qualité et de renforcer la prévention. En ce qui concerne l’audiologie, la réforme permet une prise en charge d’un large éventail d’aides auditives, qui repose à la fois sur le remboursement par l’assurance maladie obligatoire et complémentaire, et le plafonnement des prix de vente. Quel est l’impact de la réforme du 100% Santé pour les usagers d’aides auditives, et comment se situe la France par rapport à d’autres pays européens ?

Environmental Health

► **Impact of Climate Change on Health and Drug Demand**

ABIR M., VARDAVAS R. ET TARIQ Z.H.

2024

Santa Monica, Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA3425-1.html

It is anticipated that extreme weather events due to climate change will increase the prevalence of a number of acute and chronic diseases. As a result, the demand for drugs to prevent or treat those conditions is likely to increase. If the anticipated increase in demand for these drugs is not planned for, already strained medical supply chains will be further strained, resulting in poor health outcomes among affected patient populations and additional costs to health systems. The authors of this report estimated how the anticipated effects of climate change on the prevalence of a sample of four chronic conditions — cardiovascular disease (CVD), asthma, end-stage renal disease (ESRD), and Alzheimer’s disease — will affect demand for the drugs needed to treat them (metoprolol, albuterol, heparin, and donepezil, respectively). To generate these estimates, the authors conducted an environmental scan of the peer-reviewed and gray literature and developed a medical condition-specific systems dynamics model. The model can help inform policies for ensuring drug supply under various climate scenarios.

► **Agir sur les espaces verts, les mobilités actives, la chaleur, la pollution de l’air et le bruit : quels bénéfices pour la santé ? Synthèse des résultats dans la Métropole Européenne de Lille**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/enquetes-etudes/2024/agir-sur-les-espaces-verts-les-mobilites-actives-la-chaleur-la-pollution-de-l-air-et-le-bruit-quels-benefices-pour-la-sante-synthese-des-res>

Notre santé dépend de nombreux facteurs dont certains sont propres à chaque individu (comportement, facteurs génétiques) et d’autres plus largement partagés par une même population. Ainsi, la réduction

à des facteurs de risques environnementaux tels que la pollution de l’air, le bruit, ou la chaleur et le développement de facteurs de protection et de promotion de la santé tels que l’activité physique ou la nature en ville sont de nature à protéger et améliorer la santé de la population.

► **Sustainable development goal indicator 3.9.1: mortality attributed to air pollution**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2024

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240099142>

In 2019, air pollution – both ambient and household – was the largest environmental risk to health, carrying responsibility for about one in every eight deaths annually, with 6.7 million deaths worldwide. Of these deaths, 83% are from noncommunicable diseases (NCDs), making it urgent to ensure air pollution is fully integrated into the global agenda on NCDs. This report presents a summary of the methods and results of the latest World Health Organization (WHO) burden of disease assessment due to air pollution from particulate matter (PM). These estimates were carried out through monitoring Sustainable Development Goal (SDG) Indicator 3.9.1. Reducing deaths and disease from air pollution is possible, but action needs to start now, in all sectors and settings, including energy, transport, land use, and involve regional and international cooperation. Leadership by the health sector is crucial, through engaging health care workers in understanding the impacts, advising patients and leading by example in health care facilities and daily life.

Health Status

► **Born at the Right Time: Examining the Effect of Relative Age on Mental Health in Adulthood**

BOCKERMAN P., HAAPANEN M. ET KUHKOSKI J.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper No. 17501)

<https://www.iza.org/publications/dp/17501/born-at-the-right-time-examining-the-effect-of-relative-age-on-mental-health-in-adulthood>

This paper examines the understudied effect of relative age on mental health in adulthood. Our empirical analysis utilizes nationwide Finnish register-based data on mental health, encompassing a spectrum of conditions from severe to less severe mental health problems. To identify causal effects, we employ a regression discontinuity design centered around the January 1 cutoff. We find that being born at the start of the year leads to better mental health outcomes. Notably, these effects, primarily influenced by relative school starting age, are driven by women in their late twenties.

► **Sciences comportementales et santé. Regards croisés au cœur du changement**

FONDATION APRIL
2024

Lyon, Fondation April

<https://www.fondation-april.org/fr/decouvrez-notre-cahier-expert-sciences-comportementales-et-sante-regards-croises-au-coeur-du-changement/>

Cette étude de la Fondation APRIL et LH2 BVA réalisée en juin 2015 révèle que les Français semblent de moins en moins acteurs de leur santé. Cette année, 8 Français sur 10 pensent que leur état de santé ne dépend pas prioritairement de leur comportement individuel (alimentation, sport, etc.), mais de facteurs non comportementaux comme leur environnement, leur moral, la facilité d'accès aux soins, leur patrimoine génétique et leur condition de travail.

► **Critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3551950/fr/criteres-d-orientation-en-readaptation-cardiaque-et-vasculaire

La Haute Autorité de Santé a été saisie par la Direction générale de l'organisation des soins pour préciser les critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire chez l'adulte. La réadaptation cardiaque et vasculaire est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible. Elle comporte plusieurs volets : le réentraînement à l'effort, la correction des facteurs de risque, l'optimisation du traitement médicamenteux, le dépistage de comorbidités, l'éducation thérapeutique, une prise en charge psychologique, la préparation de la réinsertion professionnelle. L'orientation d'un patient en réadaptation cardiaque et vasculaire est liée à l'existence d'une pathologie cardiovasculaire avec une indication de réadaptation selon les recommandations nationales et internationales et en l'absence de contre-indication définitive.

► **Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale**

MONNIER-BESNARD S., DECIO V. ET DELOME R.
2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/premiers-resultats-de-l-etude-nationale-enabee-sur-le-bien-etre-et-la-sante-mentale-des-enfants-de-3-a-6-ans-scolarises-en-maternelle-en-france-hex>

La santé mentale et le bien-être des enfants sont des préoccupations majeures de santé publique, pouvant influencer les apprentissages, la vie sociale et, à court, moyen ou long terme, leur état de santé futur. À ce jour, nous ne disposons pas de données objectivant la

santé mentale et le bien-être des enfants de 3 à 11 ans en population générale en France. Afin de pallier ce manque, Santé publique France a mené « l'Étude nationale sur le bien-être des enfants » pour la première fois en 2022 (Enabee 2022), avec le soutien du ministère chargé de la santé et du ministère de l'Éducation nationale. Enabee 2022 est la première étude nationale visant à mesurer la santé mentale et le bien-être des enfants scolarisés à l'école maternelle (enfants âgés de 3 à 6 ans) et élémentaire (enfants âgés de 6 à 11 ans) en France hexagonale. Cette étude a vocation à être répétée à intervalles réguliers afin de mieux comprendre comment évoluent la santé mentale et le bien-être des enfants en France.

► **La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023**

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TENDANCES ADDICTIVES

2024

Saint-Denis La Plaine, O.F.D.T.

<https://www.ofdt.fr/publication/2024/la-consommation-d-alcool-et-ses-consequences-en-france-en-2023-2437>

Alors même que la consommation d'alcool et les volumes mis en vente continuent de diminuer en 2023, le nombre d'hospitalisations liées à l'alcool a pourtant augmenté l'année dernière. Ce sont les principaux points du rapport publié aujourd'hui par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), qui offre une vue d'ensemble de l'offre de boissons alcoolisées, la consommation et les conséquences sanitaires et sociales induites, en France pour l'année 2023.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sage-femmes ?**

KARNYCHEFF T., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUÈS J., CHEVILLARD G.

2024

Revue francophone sur la santé et les territoires. Miscellanées

<https://journals.openedition.org/rfst/2322>

Le suivi gynécologique est assuré en France par les gynécologues, les médecins généralistes et plus récemment les sages-femmes. Nous étudions dans cet article comment a évolué l'accessibilité à certains actes de suivi gynécologique (prélèvements cervico-vaginaux et actes techniques de contraception), le recours et les configurations d'offre de soins suite à l'élargissement des compétences des sages-femmes en 2009. Ceci à partir d'une analyse descriptive de plusieurs indicateurs territoriaux et de leur évolution, puis d'une typologie synthétique des territoires de vie santé, résumant leur accessibilité au suivi gynécologique, son évolution entre 2016 et 2022, le recours aux soins et les configu-

rations de l'offre. Les résultats mettent en évidence que l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique s'accompagne d'une meilleure accessibilité territoriale, d'une diminution des inégalités territoriales et d'une amélioration du recours aux soins avec toutefois des variations selon les types de territoires.

Disability

► **Accueillir, évaluer, décider :
Comment les maisons départementales
des personnes handicapées traitent
les demandes des usagers ?**

BARTOLI S., LEOST H. ET SCHAPIRA I.
2024

Paris, I.G.A.S

<https://igas.gouv.fr/accueillir-evaluer-decider-comment-les-maisons-departementales-des-personnes-handicapees-traitent-les-demandes-des-usagers>

Dans la perspective des vingt ans des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), l'Igas a évalué leur fonctionnement face à l'évolution des besoins et des attentes. Le rapport formule des recommandations pour renforcer leur capacité à répondre efficacement à leurs missions, dans un contexte marqué par des transformations structurelles et partenariales majeures.

► **Fonctionnement et financement
des MDPH**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE
2024

In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025]. Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale, p.138-143

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

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créées en 2005, sont des actrices majeures dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap en France. Guichet unique départemental permettant d'effectuer les demandes et renouvellements de prestations, une coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, une aide à l'orientation professionnelle et l'insertion scolaire, et un accompagnement dans la vie de tous les jours, elles facilitent le quotidien des personnes en situation de handicap : 9 % de la population française a actuellement un droit ouvert en MDPH. Les MDPH sont financées pour un quart par l'Etat, un tiers par la Sécurité sociale via la Caisse nationale de soutien à l'autonomie (CNSA), et un tiers par les départements, pour un montant annuel de 360 M€ en 2022. La CNSA accompagne les MDPH dans un rôle d'outillage, avec le développement notamment d'un système d'information unifié entre les départements.

Hôpital

Hospital

► **Analyse de l'activité hospitalière 2023 -
Hospitalisation à domicile**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR
L'HOSPITALISATION
2024

Lyon, Atih

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4852/had_aah23.pdf

Cette nouvelle édition sur l'activité hospitalière en HAD détaille les évolutions des sept dernières années, permettant de confronter la reprise de l'activité hos-

pitalière au regard des tendances observées avant la crise sanitaire. Ce rapport fournit également un aperçu complet du profil des patients, des modalités de prise en charge et des principaux motifs de recours aux soins. En 2023, 168 000 patients ont bénéficié des services des structures d'HAD, soit 8 500 patients de plus qu'en 2022. Après une croissance continue depuis 2017, suivie d'une stabilisation de l'activité entre 2021 et 2022, 403 000 journées supplémentaires ont été réalisées en 2023 par rapport à l'année précédente (soit +6%), soit un total de 7,2 millions de journées.

► **Analyses des activités MCO et SMR 2023**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR
L'HOSPITALISATION

2024

Lyon, Atih

<https://www.atih.sante.fr/actualites/analyses-activite-mco-et-smr-2023>

Cette étude détaille les évolutions des sept dernières années, permettant de confronter la reprise de l'activité hospitalière au regard des tendances observées avant la crise sanitaire de 2020. Les données reposent sur les recueils des établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce rapport fournit également un aperçu complet du profil des patients, des modalités de prise en charge et des principaux motifs de recours aux soins.

► **Analyse de l'activité hospitalière après la crise sanitaire**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

2024

In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025.] Paris, CCSS, p.114-119

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

Pendant la crise sanitaire consécutive à la pandémie de Covid-19, l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé relevant des secteurs public et privé de tarification a été particulièrement affectée, principalement en raison de la déprogrammation massive d'opérations chirurgicales non urgentes. En 2020, les établissements ont enregistré une diminution de 2 millions de séjours¹ par rapport à 2019 (hors séances²), soit une baisse de 10,9%. En 2021 et 2022, bien que le nombre de séjours (hors séances) ait augmenté annuellement (de +10,0% puis de +1,9%), il est resté nettement inférieur à celui de 2019, avec un écart de -1,9% et de -0,1% (cf. Graphique 1). L'activité des établissements de santé n'est repassée au-dessus de son niveau d'avant crise qu'à partir de 2023, avec 19,3 millions de séjours cette même année, grâce une progression de +4,3%. Cette évolution globale du nombre de séjours en 2023 doit être analysée par sous-segment, car elle fait apparaître d'importantes disparités entre le secteur public et le secteur privé, ainsi qu'une accélération de la déformation de l'offre de soins vers l'ambulatoire. Ces changements influent

directement sur l'évolution du volume économique, qui constitue un agrégat essentiel pour déterminer les recettes des établissements de santé (cf. Encadré 1). Le volume économique des établissements de santé évolue à un rythme moins soutenu que celui du nombre de séjours. Cette différence s'explique en partie par un effet de structure qui se déforme au profit de l'activité ambulatoire. Ainsi, le volume économique de l'activité restait inférieur en 2023 de 2,3% par rapport à son niveau 2019, malgré une reprise annuelle marquée en 2023, de +2,1% par rapport à 2022 (et +2,5% avec correction des jours ouvrés – CJO).

► **L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-11/20241119-Accueil-et-traitement-des-urgences-a-l-hopital_0.pdf

Les structures des urgences constituent des services d'établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, chargés d'assurer, sans interruption, la prise en charge de toute personne nécessitant des soins urgents, y compris psychiatriques. La médecine d'urgence se caractérise, quant à elle, par la fourniture de soins dans la limite des 24 premières heures suivant l'arrivée d'un patient. Elle n'a pas vocation à garder les patients au-delà de cette période. La Cour des comptes a été sollicitée par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale afin de réaliser une enquête sur les services des urgences hospitalières, en mettant l'accent sur l'efficacité des mesures mises en œuvre dans le cadre du programme « Ma santé 2022 », adopté en juin 2018. Ce programme a été enrichi, en décembre 2019, par un plan d'action spécifique pour la médecine d'urgence, le « Pacte de refondation des urgences ». Ce dernier, élaboré en réponse aux difficultés pressantes rencontrées par les établissements de santé, regroupe 12 mesures issues d'un rapport commandé par le Gouvernement en juin 2019.

► **An Analysis of Tax Exemption and Community Benefits for Nonprofit Hospitals in New Jersey**

FADAHUNSI O. ET MENSAH Y. M.

2024

Rochester, S.S.R.N.https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4958030

The public policy rationale for granting tax-exempt status to entities engaged in select commercial activities is that their overall benefits to society outweigh the private benefits received by stakeholders. Applied to hospitals, tax-exempt hospitals are expected to render charity care, later expanded to cover «community benefits» to justify their tax exemption status. Recent evidence from several sources indicates that tax-exempt hospitals frequently do not meet the simple test of the cost of charity care or community benefits exceeding the taxes foregone. We examine whether tax-exempt hospitals meet this test in New Jersey from 2016-2018. We find that an average of 24% of nonprofit hospitals did not provide more incremental community benefits than tax exemptions. This number increased to an average of 83% percent if the criteria were changed from «community benefits to «charity care.» Nonprofit hospitals contributed an average of 6.81% community benefits and -2.75% charity care after accounting for their tax savings due to their exempt status. Given these findings, we recommend reconsideration of the bill passed by the NJ State Legislature setting 12% community benefits to total expense ratio as the litmus test for nonprofit hospitals to avoid paying the state-mandated annual community service contribution, which is in lieu of property taxes to the host municipality.

► **Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2024

Paris, ODCE(OECD Health Policy Studies)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-the-impact-of-cancer-on-health-the-economy-and-society_85e7c3ba-en

Cancer causes one in four premature deaths in OECD countries. It damages people's quality of life, their ability to work, and their incomes. Cancer increases health expenditure and harms the economy through reduced labour force participation and productivity. The economic and social costs of cancer will grow as populations age and cancer treatment costs increase. This report demonstrates the strong economic and societal case for investing in cancer policies. Microsimulation modelling for 51 countries (including OECD, European

Union and G20 countries), shows that stronger action on cancer would yield broad benefits. If all countries did as well as the best performing country in cancer care, a quarter of premature cancer deaths would be prevented. Addressing key cancer risk factors – including tobacco, harmful alcohol use, unhealthy diet, air pollution, overweight and physical inactivity – would lower cancer rates and health expenditure, while also increasing workforce productivity. Co-benefits of such policies include improving road safety and reducing greenhouse gas emissions. Vaccination for human papillomavirus will protect future generations from cervical cancer.

► **An Optimization Methodology for Cost Optimization Under the Constraint of Average Waiting Times on Hospital Pharmacy Departments**

SHIH C.M., JIANG F.C. ET CHIANG Y.J.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4982119

As hospital managements evaluate potential approaches to improve cost, quality, waiting times and throughput efficiencies in the hospital pharmacy department (HPD), the deployment or distribution of valuable medical resources in the HPD emerges to be the dominant challenge to health policy makers. An improvement of pharmacy services is an important stage in the development of the healthcare system. The HPD's performance in terms of both patients flow and available resources would be explored using the queue-based methodology. The kernel point of this research is to approach the optimal cost under the constraint of waiting times on distributing HPD resources using queuing theory. To model the proposed approach for qualitative profile, a generic system is mapped into the M/M/E/Q queue system for application. On quantitative work, a comprehensive mathematical analysis on cost pattern has been made in detail. Relevant simulations have also been conducted to validate the proposed optimization model. The design illustration is presented to demonstrate the application scenario in HPD platform. Hence the proposed approach indeed provides a feasibly cost-oriented decision-making support framework under the constraint of average waiting times to adapt HPD management requirement.

Health inequalities

► **Les difficultés des ménages précaires à suivre les recommandations alimentaires de santé publique**

BLEHAUT M., GRESSIER M. ET PAQUET N.
2024

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

<https://www.credoc.fr/publications/les-difficultes-des-menages-precaires-a-suivre-les-recommandations-alimentaires-de-sante-publique-note-de-synthese-n41>

Entre 2021 et 2023, les prix des produits alimentaires ont connu une forte inflation, augmentant de 21 %. Dans ce contexte économique difficile, la proportion de personnes déclarant ne pas toujours avoir assez à manger est restée élevée, fluctuant entre 10 % et 16 % au cours de la période. A cela s'ajoute une augmentation de la proportion de personnes ayant suffisamment à manger en quantité, mais pas toujours accès aux aliments souhaités. Cette proportion est passée de 42 % à 51 % en deux ans. Ces difficultés peuvent avoir des répercussions sur la qualité de l'alimentation et donc sur la santé. L'enquête du CRÉDOC « Comportements et attitudes alimentaires en France » réalisée en 2023 montre que les ménages en situation de précarité alimentaire ont une alimentation moins diversifiée que la moyenne et qu'ils consomment moins de produits frais tels que la viande rouge, les fruits et les légumes. Or, la plupart des études montrent qu'une moindre diversité alimentaire conduit souvent à une dégradation de la qualité nutritionnelle. L'étude montre également que les ménages précaires ont une moins bonne perception du lien entre alimentation et santé que la moyenne. Leur connaissance des outils et des recommandations de santé grand public est relativement bonne, mais moins élevée que pour le reste de la population.

► **Trajectoires de pauvreté : profils, déterminants et conséquences. Approche française et perspectives européennes**

CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE
CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE
2024

Paris, C.N.L.E.

<https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-recherche-trajectoires-de-pauvrete-profils-determinants-et-consequences>

Le rapport établit qu'un tiers des Français connaît au moins un épisode de pauvreté au cours de ces neuf années de suivi. Parmi ceux-ci, les deux tiers connaissent une pauvreté transitoire alors que la pauvreté chronique ne compte que pour environ un tiers. Cette répartition à l'échelle de l'individu s'inverse lorsqu'on considère les épisodes de pauvreté, du fait que la pauvreté chronique est répétée. Il met en relation ces deux grandes formes de pauvreté avec certains facteurs accompagnant les transitions vers la pauvreté : les évolutions de situation conjugale, le marché de l'emploi et l'état de santé sont les trois grands déterminants qui ont pu être identifiés. Le rapport jette un éclairage, dans la mesure des variables disponibles dans l'enquête SRCV, sur les effets de la pauvreté durable sur les conditions de vie, l'accès aux aides sociales (RSA), ou l'état de santé, ainsi qu'une mise en perspective du cas français par rapport à d'autres pays européens à partir de l'enquête EU-SILC.

► **Socio-Economic Inequality in Mortality and Healthcare Utilization: Evidence from Cancer Patients**

FRIMMEL W. ET GLASER F.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5039819

Health equality is an important objective in public healthcare systems, and still, we see substantial socio-economic differences. Using high-quality administrative data from Upper Austria, we analyze the socio-economic gradient in mortality and healthcare utilization following a cancer diagnosis. High-SES patients are less likely to die after a cancer hospitalization even when accounting for a comprehensive set of controls, including detailed pre-shock healthcare use. After hospital discharge, patients navigate the healthcare system differently depending on their socio-economic status. We explore potential explanations for the observed SES gradient. Our findings suggest that low-SES cancer patients go to the hospital at a later stage of the disease. Peer groups also matter in explaining SES differences, while healthcare providers do not appear to contribute significantly to the gap. Targeted policies that take into account disease heterogeneity, health awareness.

► **Les revenus et le patrimoine des ménages - Édition 2024**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ETUDES ECONOMIQUES
2024

Montrouge, Insee (Insee Références)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941491>

Cet ouvrage rassemble les principaux indicateurs ainsi que des analyses sur les inégalités monétaires, la pauvreté et le patrimoine des ménages.

► **Rapport annuel de l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels**

OBSERVATOIRE DES EXPULSIONS COLLECTIVES
DES LIEUX DE VIE INFORMELS
2024

Paris, Observatoire des expulsions collectives des
lieux de vie informels
<https://www.observatoiredesexpulsions.org/fr/login#publications-wrapper>

Ce 6ème rapport de l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels nous montre, encore une fois, combien il est important de rappeler que les personnes vivant en habitat précaire (squats, bidonvilles, campements, véhicules servant d'abri, matelas posés au sol...) en solution de survie, sont confrontées à des expulsions régulières de leur lieu de vie. L'Observatoire a recensé cette année 1484 expulsions sur le territoire national : 876 expulsions recensées sur le littoral nord 1 et 608 sur les autres départements. Ces chiffres sont en forte augmentation par rapport à l'an dernier et en augmentation constante depuis 2019 en dehors du littoral nord (passage de 122 expulsions en 2019 à 608 en 2024). Les données de l'Observatoire montrent que dans 88 % des cas les expulsions ne donnent lieu à aucune solution d'hébergement et/ou de logement des personnes.

► **État de la pauvreté en France 2024**

SECOURS CATHOLIQUE
2024

Paris, Secours Catholique
<https://www.secours-catholique.org/m-informer/nos-positions/notre-etat-de-la-pauvrete-en-france-2024>

Pour son rapport 2024, au-delà des contours d'une pauvreté multiple et complexe, qui caractérise l'exclusion d'aujourd'hui, l'association Secours Catholique alerte sur la dégradation du niveau de vie des plus pauvres

et la difficulté à accéder à la protection sociale face à la dématérialisation des démarches administratives.

► **Consultation nationale des 6-18 ans 2024. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social**

UNICEF
2024

New York, U.N.I.C.E.F

<https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-de-la-Consultation-nationale-LUNICEF-de-2024.pdf>

Comment vivre et grandir sereinement lorsque, dès le plus jeune âge, nos besoins et droits les plus fondamentaux sont bafoués ? Lorsque l'on a conscience que l'on a moins que les autres ? Lorsque l'on estime que nos droits ne sont pas respectés dans notre ville, notre pays, et que l'on est traité différemment des autres ? Pour la 6^e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans, des enfants de la France entière ont exprimé leurs ressentis et perceptions sur leurs droits et sur l'ensemble des pans de leur vie quotidienne. Cette année, le choix a été fait d'étudier particulièrement la pauvreté multidimensionnelle et l'exclusion sociale des enfants en France.

► **L'inégalité est un choix : Comment les idées, le pouvoir et les politiques creusent les écarts**

VON ARNIM R.L. ET STIGLITZ J.E.
2024

Paris, Editions de la Maison des Sciences de
l'Homme

<https://www.editions-msh.fr/livre/l-inegalite-est-un-choix/>

Depuis les années 1970 l'inégalité des revenus et des richesses a grimpé en flèche. Alors que les super-riches ont accaparé la grande majorité des gains de la croissance économique, la part des revenus provenant du travail a diminué. La classe moyenne a stagné et la situation de ceux qui se trouvent au bas de l'échelle s'est encore aggravée. La discrimination structurelle persistante fondée sur la race et le genre exacerbe ces disparités économiques. Économistes, politologues, analystes, sociologues, historiens et spécialistes du droit examinent les causes et les conséquences de cette montée spectaculaire des inégalités. Ils démontrent que ce sont les institutions, les normes, les politiques et le pouvoir, et non le fonctionnement

« naturel » du marché, qui déterminent la répartition des richesses et des revenus. L'ouvrage souligne le rôle des idées et des idéologies, en montrant comment l'économie néoclassique et les croyances qui y sont liées ont servi, dans les débats publics, à justifier les inégalités. L'ensemble de ces essais aboutit à une conclusion inéluctable : l'inégalité est un choix. Les règles de l'économie ont été réécrites pour favoriser ceux qui sont au sommet de l'échelle, enracinant les déséquilibres de pouvoir qui creusent le fossé entre les très riches et tous les autres. Les auteurs réexaminent les données relatives aux inégalités, étudient les politiques qui ont conduit à cette situation et esquissent des pistes pour l'avenir.

► **Magnitude and Social Correlates of Poor Decisions in Health Insurance**

ZOU L. ET BIENER C.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4967144

Existing research documents that consumers frequently make mistakes in health insurance markets, leading to price distortions and inefficient resource allocation. However, less attention is paid to how such mistakes contribute to health inequality, particularly when economically disadvantaged populations are more likely to make poor decisions. This study examines the distribution of choice quality in the Swiss health insurance market, using two sets of administrative linked survey data. We find that economically disadvantaged populations—those with lower incomes and less education are significantly more likely to choose higher-coverage plans that are suboptimal given their health risks. Specifically, 49 percent of the population chooses plans that result in financial losses, with average foregone savings ranging from CHF 382 to CHF 457 annually. These suboptimal choices contribute to widening disparities in financial wellbeing.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Effect of an Information Intervention on Opioid Prescribing: A Preregistered Nationwide Randomized Experiment**

AHOMAKI L., BOCKERMAN P. ET PEHKONEN J.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper No. 17416)

<https://www.iza.org/index.php/en/publications/dp/17416/effect-of-an-information-intervention-on-opioid-prescribing-a-preregistered-nationwide-randomized-experiment>

We study the impact of an information intervention on opioid prescribing using a preregistered research design and comprehensive nationwide register data. The intervention involved a personal letter sent to all Finnish physicians who had prescribed oxycodone or fentanyl to a patient who had purchased at least three months' supply of these medications in the previous year. These physicians were randomized into the treatment and control groups. The letter was sent to physicians in the treatment group in May 2019, and the control group received the same letter six months later. The intervention letter contained information

about opioid use and proper pain treatment using opioids based on national clinical guidelines. While the intervention showed no significant effects in the whole study population, we detected heterogeneity in effect with respect to preregistered physician characteristics. We observed a 22% reduction in fentanyl and oxycodone prescriptions to new patients among physicians receiving their first information letter, a 4.8% reduction in any opioid prescriptions among high-volume prescribers as well as an increase of 7% in nonopioid analgesic prescribing among low-volume prescribers. These results highlight the challenges policymakers encounter when attempting to sustainably reduce opioid prescriptions and mitigate harmful clinical practices through repeated information-based interventions.

► **Consommation d’antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-2013-2023>

La surveillance de la consommation d’antibiotiques s’intègre dans la politique nationale de lutte contre l’antibiorésistance, dont les axes et les plans d’actions

sont notamment définis par la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l’antibiorésistance. Depuis 2018, Santé publique France surveille la consommation des médicaments antibiotiques à usage systémique en secteur de ville à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). En 2022, la part du secteur de ville dans la consommation totale d’antibiotiques était de 92,8 %. Au fil des années, cette part est demeurée très stable. Ce rapport présente une actualisation pour l’année 2023 des indicateurs annuels de consommation des antibiotiques dans le secteur de ville, c’est-à-dire délivrés dans les officines de ville.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **Reevaluating Causal Inference: Bias Reduction in Confounder-Effect Modifier Scenarios**

WANG X., ORABY T. ET MAO X.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4944963

Propensity score matching (PSM) is widely used to estimate causal treatment effects but may not be effective in all situations. Inverse probability weighting (IPW) provides an alternative by creating a weighted pseudo-population to achieve more accurate causal estimates. This paper explores situations where a confounder is also an effect modifier and compares both methods used for bias reduction. Through an illustrative example, we show how in these situations the PSM leads to biased estimates of the average treatment effect (ATE) and the average treatment effect of the treated (ATT). Furthermore, our simulation study demonstrates that PSM fails to provide an adequate bias reduction for the ATE when a confounder is also an effect modifier in contrast to IPW. In these situations, the IPW provides less biased estimates for the ATE with a smaller MSE. In addition, we conduct a well-known matched-pairs experimental study of the Mexican Seguro Popular de Salud (Universal Health Insurance) Program. In that part, we compare the results of the matched-pairs experiment to those of

randomly induced observational studies. The results confirm the findings of smaller bias in ATE introduced by IPW versus other methods.

Health Policy

► **Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social**

BLOCH M. A. ET HENAUT L.

2024

Paris, Editions Dunod

L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social. Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

► **Introduction à la santé globale**

CHABROL F. ET GAUDILLIERE J.P.

2023

Paris, Editions La Découverte

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

Depuis la pandémie de Covid-19, la santé globale est

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

► **Identification, evaluation, and selection of health conditions for the need research programme**

LEVY M., MAERTENS DE NOORDHOUT C. ET
CLAERMAN R.

2024

Bruxelles, K.C.E. (KCE Report 391)

<https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/identification-evaluation-and-selection-of-health-conditions-for-the-need-research-programme>

In this new report, the fifth in this initiative, the team is now proposing an innovative method for identifying and selecting health problems for which there is potentially a large number of unmet needs, both in Belgium and at European level. Given the time and financial investment required, it would be utopian to hope to carry out an exhaustive assessment of all the unmet needs for all health conditions in one go. It is therefore important to be able to identify those that should be assessed as a priority. This method is based on the use of existing databases and a call for proposals open to the general public. It is thus making it possible to draw up lists of health conditions (rare or more frequent) associated with major unmet needs, at both Belgian and European level. These results will contribute to the development of the annual NEED research programme and orientate future research on unmet

health-related needs. This innovative approach could also inspire other institutions interested in assessing unmet needs at national and international level. In

Belgium, discussions are already underway to explore how this method could be applied or used as part of the NIHDI's Unmet Medical Need procedure.

Politique sociale

Social Policy

► Dépenses sociales et médico-sociales des départements en 2023

BAS B. ET KREMSKI-FREY V.

2024

Paris, Editions de l'Odas

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

En 2023, les dépenses sociales et médico-sociales augmentent un peu plus rapidement que le rythme de l'inflation. Une telle progression, qui dépasse celle enregistrée en 2020 avec la mise en œuvre des différentes mesures mises en place lors de la pandémie de COVID, ne s'était pas produite depuis la période 2009-2011. Or, parallèlement, les recettes des départements ne progressent pas, avec notamment une forte baisse des droits de mutation à titre onéreux provoquant un recul très net de l'autofinancement. Les augmentations les plus importantes concernent les dépenses dans trois domaines : aide sociale à l'enfance, personnes en situation de handicap et personnel départemental. Les dépenses des autres domaines augmentent aussi, y compris celles relatives à l'insertion. Rappelons qu'en 2022, la baisse de la dépense d'insertion avait partiellement compensé les hausses dans les autres domaines. Les résultats de l'étude relative à l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements sont présentés globalement puis par domaine et se terminent par les perspectives. L'analyse de La Banque Postale, qui souligne la nette dégradation de la situation financière des départements entre 2022 et 2023 est insérée entre les deux parties.

► L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap - Édition 2024

LE CAIGNEC E.

2024

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241009_Panorama_aide-sociale

En s'appuyant principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES menée auprès des départements, cet ouvrage s'intéresse aux tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, concernant à la fois les bénéficiaires et les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale aux personnes âgées et handicapées sont également présentées. Cet ouvrage décrit en outre les ressources des bénéficiaires de ces aides, leur lieu de résidence et leurs conditions de vie, en utilisant de nombreuses sources statistiques. Enfin, il présente des éléments sur les établissements accueillant ces personnes âgées ou handicapées, en mobilisant les enquêtes quadriennales que la DREES mène auprès de ces structures

Prevention

► The Health and Employment Effects of Employer Vaccination Mandates

GANDHI A., LARKIN I. ET MCGARRY B.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33072)
<https://www.nber.org/papers/w33072>

Health care facilities considering mandating staff vaccination face a difficult tradeoff. While additional vaccination coverage will directly reduce disease transmission within the facility, the imposition of a mandate may also cause vaccine-hesitant staff to quit, which could harm patient care. To study this tradeoff, we leverage comprehensive administrative data covering virtually all US nursing homes, including payroll-based records on approximately 500 million daily nurse shifts and weekly data on COVID transmission and mortality at each facility. We use a difference-in-differences framework to estimate the impact of employer-imposed vaccine mandates at 581 nursing homes on disease spread, employment outcomes, and several patient care metrics. While mandates did slightly increase staff turnover, the effects were concentrated on staff working less than 20 hours per week and resulted in a reduction of less than two minutes per patient-day. Furthermore, there is only limited evidence of lower levels of care at mandate facilities in typically monitored conditions such as patient falls, pressure ulcers, or urinary tract infections. In contrast, implementing a vaccine mandate led to large increases in staff vaccinations at mandate facilities, which directly led to less transmission of and lower patient mortality from COVID. We estimate that vaccine mandates saved one patient life for every two facilities that enacted a mandate, a large effect given the typical facility has around 100 beds. Our results suggest that the health benefits of mandates far outweigh the costs in terms of reduced patient care from staff turnover.

► Impacts of Health Checkup Programs Standardization on Working-Age Self-Employed and Unemployed: Insights from Japan's Local Government Response to National Policy

OIKAWA M., YAMAGUCHI T. ET AWATANI T.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5013739

This study analyzes the effects of the expansion of municipal per capita expenses on health checkup programs, following the introduction of the Specific Health Checkups and Specific Health Guidance (SHC-SHG), on the health outcomes and behaviors of self-employed and unemployed populations, which have been largely overlooked by previous research. To address this, we applied a dosing difference-in-differences (DID) estimation method, exploiting variation in treatment intensity across municipalities. The DID estimation reveals that the SHC-SHG introduction led to a reduction in the proportion of people diagnosed with lifestyle-related diseases in the municipalities that required significant increases in per-capita health checkup program expenses to comply with the new program, with a more pronounced impact on those with multiple diagnoses compared to those with a single diagnosis. A subgroup analysis indicates that health improvements following the SHC-SHG introduction were observed among self-employed workers and homeowners, whereas such improvements were not evident among the unemployed and renters. Moreover, we identify significant behavioral changes among the population in the high-expansion municipalities following the policy introduction. A back-of-the-envelope calculation demonstrates the municipal response to the SHC-SHG introduction is cost-effective.

Psychiatry**► Guide de bonnes pratiques pour la prise en charge des détenus hospitalisés en soins sans consentement en psychiatrie**DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
2024

Paris, DGOS

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2024/2024.31.sante.pdf>

La présente note d'information a pour objet la diffusion d'un guide de bonnes pratiques et principes fondamentaux relatifs aux prises en charge en soins psychiatriques sans consentement de patients détenus au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie, selon les dispositions de l'article R. 6111-40-5 du Code de la santé publique (CSP).

► Rapport d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriquesDUBRE-CHIRAT N. ET ROUSSEAU S.
2024

Paris, Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b0714_rapport-information

Alors que les problématiques liées à la santé mentale et à la psychiatrie sont plus pressantes que jamais et constituent un enjeu majeur de santé publique, la psychiatrie connaît en France une crise profonde. La prise en charge des urgences psychiatriques illustre les défaillances et les dysfonctionnements systémiques de l'organisation des soins psychiatriques en France. La première partie de ce rapport analyse l'évolution de la santé mentale de la population française en particulier depuis la crise sanitaire et chez les jeunes, ainsi que sa traduction dans les venues aux urgences et en centres de crise. Dans la deuxième partie, les dysfonctionnements constatés dans la prise en charge par les services d'urgences sont détaillés, ils traduisent une crise profonde de la psychiatrie. De multiples problématiques dans la prise en charge sont relevés et les établissements publics sont particulièrement touchés et subissent une triple peine : l'obligation d'assurer le service public, de moindres rémunérations et des conditions de travail dégradées. Enfin, dans la troisième partie, il est constaté que les politiques actuellement mises en place ne sont pas suffisantes face à

l'ampleur des besoins. Ainsi, à travers cinq axes, des propositions précises et concrètes pour mieux prévenir et prendre en charge les urgences sont formulées.

► Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitifESPAGNACQ M., REGAERT C.
2024

Questions d'Economie de la Santé (294)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-294-pres-de-7-pour-cent-de-la-population-a-des-limitations-dans-la-vie-quotidienne-a-la-suite-d-un-trouble-psychique-intellectuel-ou-cognitif.html>

Le repérage des personnes avec des limitations psychiques, intellectuelles ou cognitives (Pic), présenté ici, est le résultat d'un indicateur construit à partir d'un algorithme issu des données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS). Les troubles psychiques sont définis comme des difficultés psycho-sociales avec des manifestations d'ordre émotionnel, relationnel et comportemental. Ils peuvent affecter la vie sociale et professionnelle. Les troubles intellectuels résultent d'une capacité réduite d'apprentissage, de compréhension et d'application de nouvelles compétences, qui conduit à un fonctionnement altéré des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs se caractérisent par des facultés moindres dans un ou plusieurs domaines de la cognition. L'algorithme ne permet pas de distinguer les troubles intellectuels des troubles cognitifs. En 2019, l'algorithme repère 4,5 millions de personnes ayant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne, soit 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS. Cette population est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles a des limitations à la suite d'un trouble psychique seul (2,8 millions) ou à la suite de troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 du fait de troubles intellectuels ou cognitifs sans troubles psychiques associés. Au niveau géographique, les taux

standardisés de limitations varient peu, de 4,9 % en Haute-Savoie à 8,3 % dans la Creuse. Mais même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux, tandis qu'ils sont plus faibles dans l'ouest de l'Île-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie. Cette cartographie inédite peut être un appui utile au service des politiques de santé et d'autonomie dédiées aux personnes atteintes de ces troubles.

► **Mental health policy and services in England**

GARRATT K.

2024

London, House of Commons Library

<https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7547>

This briefing covers mental health policy and services in England. Health is a devolved policy area. Brief summaries of mental health policies and relevant legislation in Scotland, Wales and Northern Ireland are provided in section 10 of this briefing.

► **Avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents**

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

2024

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

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcfea_avis_sme_renouveler_lalerte.pdf

En 2024, la mise à jour des données et de nouvelles études renforcent ces constats. Le HCFEA pointe la dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents encore en 2024, et le risque de substitution des pratiques de première intention par le médicament, y compris faute de capacité à répondre et dans des délais raisonnables de la part d'un système de soins en grande difficulté. Il réitère l'importance de la prévention, de réponses thérapeutiques diversifiées, d'un accompagnement des familles, et d'une coordination des acteurs à l'échelle du bassin de vie des enfants. Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence portera son

attention sur la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle présentée lors des Assises de la pédiatrie, et des priorités présentées par le gouvernement dans le cadre de la Grande cause nationale.

► **Costs and activity for mental health services provided by NHS mental health trusts in England: sociodemographic and regional trends**

MATIAS M.A., VILLASENOR A. ET CASTELLI A.

2024

York, University of York

<https://www.health.org.uk/sites/default/files/2024-10/Costs%20and%20activity%20for%20mental%20health%20services%20provided%20by%20NHS%20mental%20health%20trusts%20in%20Eng.pdf>

This report estimates the cost of secondary mental health services provided by NHS mental health trusts by different sociodemographic groups (age, sex, ethnicity, and deprivation) and regions for 3 financial years, from 2016/17 to 2018/19. Between 2016/17 and 2018/19 the total number of patients using NHS secondary mental health services grew by 8%. The total cost went up by 13%, driven by an increase in outpatient/community costs of 27%. Inpatient costs increased by 6% and initial assessment costs saw a reduction of 4%. While the growth in the total number of patients using secondary mental health services is mainly driven by young people under the age of 25, the growth in total costs can be ascribed to working-age males who represent a higher cost per patient. The cost per patient of any other ethnic group is always higher than the cost per patient of white patients. Patients living in the most deprived decile (14%) had a total cost that ranged from £761m to £840m across all financial years. In contrast, patients living in the least deprived decile (7%) incurred total costs ranging from £244m to £300m. While all regions in England saw an increase in the number of patients between 2016/17 and 2018/19, the change in total costs varied across regions. Future analysis should seek to understand to what extent the variation we observe is unwarranted and may require policy intervention.

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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

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

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

► 6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs : qui sont-ils ?

TROY L.

2025

Études et Résultats Drees (1324)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250109_ER_syndrome-depressifs

En 2019, près de 6 % des Européens souffrent de syndrome dépressif, avec des disparités marquées selon les régions d'Europe et l'âge. Les taux de dépression les plus élevés sont observés en Europe de l'Ouest et du Nord, notamment en France (11 %) – la prévalence la plus haute du continent – et en Suède (10 %), tandis qu'ils sont plus faibles dans les pays du Sud et de l'Est. La dépression est rare chez les jeunes en Europe du Sud et de l'Est, mais plus fréquente au Nord. À l'inverse, chez les plus de 70 ans, elle est plus répandue dans le Sud et l'Est. Cette étude, centrée spécifiquement sur les jeunes et les seniors, explore les variations des facteurs de risque en fonction de l'âge et de la région de résidence. Elle met en avant l'importance d'être en bonne santé et de bénéficier d'un soutien fort de l'entourage, ainsi que l'effet négatif de l'inactivité chez les jeunes et du veuvage chez les seniors, particulièrement en Europe de l'Est, sur la prévalence du syndrome dépressif.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

AFRITE A., BOURGEOIS I., BRICARD D., CASSOU M., CHEVILLARD G., DANIEL F., FOURNIER C., FRANC C., GUILLAUME S., LEGRAND J., LUCAS-GABRIELLI V., MORIZE N., MOUSQUÉS J., PITTI L., SCHLEGEL V.

2024

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 593)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/593-evaluation-de-remunerations-alternatives-a-l-acte-era2.pdf>

Le ministère de la Santé a défini un dispositif, dans le cadre de « l'article 51 » créé en 2017 par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, qui offre la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogeant aux règles tarifaires de droit com-

mun pour une période maximale de cinq ans. L'enjeu est de faire émerger des organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, afin de « concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins ». L'expérimentation Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), d'envergure nationale et pilotée conjointement par des membres du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, entre dans ce cadre. Son évaluation a été confiée à l'Irdes et intégrée à un programme d'évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). L'objectif initial de cette expérimentation est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, en substitution du paiement à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle concernant la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe. Ce premier volet du rapport d'évaluation rassemble des résultats consolidés en ce qui concerne l'évaluation sociologique qualitative qui s'appuie sur une

démarche « compréhensive », fondée sur une analyse documentaire, des observations et des entretiens avec les acteurs, depuis la phase de co-construction et d'élaboration du cahier des charges jusqu'au déploiement de l'expérimentation sur plusieurs années (2017-2024). Elle étudie les propriétés et logiques d'engagement des équipes dans l'expérimentation Peps, les pratiques professionnelles locales et l'appropriation du modèle économique. Des résultats descriptifs sont également présentés s'appuyant sur l'exploitation des données d'enquête déclarative auprès des structures expérimentatrices - Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé (CDS) - du point de vue de la caractérisation de ces structures et de leurs pratiques en regard de structures comparables. L'analyse des données du Système national des données de santé (SNDS) est en cours et figurera dans le second volet du rapport d'évaluation. Des analyses mixtes pourront être conduites une fois toutes les données disponibles.

► **Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites**

HENCKES N.

2024

In : [**Interroger le médico-social : regards des sciences sociales**]. Paris, Dunod, p.29-39

Ce chapitre propose une analyse à la fois historique et critique des débats suscités par la désinstitutionnalisation dans le secteur médico-social depuis les années 1970. Il suggère d'abord que ces débats peuvent être compris à l'intérieur de deux grandes problématiques sociologiques portant, respectivement, sur l'organisation et sur l'institution. Le chapitre examine ensuite la façon dont les analyses de la désinstitutionnalisation ont rendu compte des transformations du paysage des services et établissements depuis les années 1960 en prêtant particulièrement attention aux concepts proposés pour penser les alternatives aux établissements. Enfin, la dernière partie propose une réflexion sur les dynamiques de transformations organisationnelles et institutionnelles à l'oeuvre actuellement dans le paysage médico-social (résumé de l'auteur).

Soins de santé primaire

Primary Healthcare

► **L'accès aux études de santé. : Quatre ans après la réforme une simplification indispensable**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-12/20241211-Laccès-aux-%C3%A9tudes-de-santé.pdf>

La réforme de l'accès aux études de santé, particulièrement complexe, est entachée de défauts de conception qui ont rendu difficile sa mise en oeuvre. Les modalités de détermination des effectifs à former en vue de répondre aux besoins de santé ont évolué et permis une augmentation globale des admis, mais cette augmentation ne peut pas suffire à garantir la réponse aux besoins. Le bilan de la réforme est mitigé, au vu notamment de l'échec de la diversification des profils. Au vu de ces éléments, le statu quo n'est pas tenable et la

Cour propose des perspectives d'évolution. Parmi ces dernières, on peut noter la mise en oeuvre d'une simplification de l'accès aux études de santé centrée sur l'étudiant, le développement territorial en maintenant le principe de la progression dans les études, à travers le déploiement d'une voie unique d'accès aux études médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie.

► **To test or not to test? Risk attitudes and prescribing by French GPs**

KEMEL E., NEBOUT A. ET VENTELOU B.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4952494

Risk is a key dimension of economic decisions, but whether risk attitudes can predict real economic behaviour is still subject to investigation. We measure

general practitioners' (GPs) risk attitudes and check for a relationship with variations in prescribing practices. Individual-level risk attitudes are elicited from simple survey choices on a representative national panel of 939 French GPs, and are linked to their volume of lab-test prescriptions through administrative records. Specifically, we estimate individual components of a flexible decision model under risk (rank-dependent utility) using random-coefficient estimations, and then treat these components as predictors of observed lab-test prescribing. We find that (1) GPs exhibit the usual patterns of risk attitudes: risk aversion and inverse S-shaped probability weighting prevails (2) risk aversion captured by the utility function is positively correlated with lab-test prescribing.

► **Wealth Shocks and Physician Behavior: Evidence from Childbirth**

WANG Y.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4981721

Little is known about how physicians are sensitive

to their personal wealth although this sensitivity is key to evaluating the effectiveness of price regulations and alternative payment models. Using data on physicians' housing returns linked to their treatment choices, this paper provides new empirical evidence on physicians' responses to wealth shocks and studies the consequent implications on medical expenditure and patient health. Specifically, I look at obstetricians who have substantial discretion and significant financial incentives in choosing cesarean sections over vaginal deliveries. For identification, I rely on the variation in obstetricians' housing returns arising from the Great Recession, depending on when or where they purchased their houses ex-ante. Using a patient-level regression model with obstetrician fixed effects, I estimate that a one-standard deviation decrease in obstetricians' housing returns leads to an increase of 1.8 percentage points, or 4.5%, in the C-section rate, which further leads to longer in-hospital stays and higher infection rates among the patients. Finally, I show in two counterfactuals that physicians' sensitivity to wealth is useful in predicting changes in the C-section rate under an «across-the-board» fee cut and a transition from Fee-For-Service to capitation.

Systèmes de santé

Healthcare systems

► **Healthcare Readiness Index 2023**

GLOBSEC

2024

Bratislava, Globsec

<https://www.globsec.org/what-we-do/publications/globsec-healthcare-readiness-index-2023>

The newly released GLOBSEC Healthcare Readiness Index (HRI) 2023 reveals a worrying situation for Central and Eastern Europe (CEE). Nine of the ten lowest-ranking countries are from the CEE region, with Bulgaria, Poland, and Latvia scoring the worst. The report highlights significant gaps in healthcare funding, infrastructure, and preparedness, raising serious concerns about the future of healthcare for millions of people in the region.

► **Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask**

GREER S. L., ROZENBLUM S., ET FAHY N.

2024

Bruxelles, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé (Health Policies Series 60)

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/everything-you-always-wanted-to-know-about-european-union-health-policies-but-were-afraid-to-ask-fourth-revised>

This comprehensively revised fourth edition answers these questions. It provides a broad and up-to-date review and analysis of European Union public health policies. It begins by explaining the basic politics of European integration and European policy-making in health, including the basic question of how the European Union (EU) came to have a health policy

and what that policy does. Thereafter, it moves on to the three faces of European Union health policy. The first face is explicit health policy, both public health policy and policies to strengthen health services and systems in areas such as cancer, and communicable diseases. The second face is internal market building policies, which are often more consequential for health services, but are not made with health as a core objective. These include professional and patient mobility,

regulation of insurers and health care providers, and competition in health care. They also include some of the policies through which the EU has had dramatic and positive health effects, namely environmental regulation, consumer protection and labour law. The third face is fiscal governance, in which the EU institutions police member state decisions, including relating to health.

Travail et santé

Occupational Health

► Etude sur le maintien et le retour au travail des patients et survivants du cancer

BUCKINGHAM S., COLONNESE F. ET BROUGHTON A.
2024

Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b6dd313d-8528-11ef-a67d-01aa75ed71a1>

Cette étude recense les mesures prises dans les États membres de l'UE et les États de l'EEE-AELE (Islande, Liechtenstein et Norvège) pour aider les personnes ayant des antécédents de cancer à rester et à retourner au travail (RTW). Elle révèle qu'il existe peu de mesures législatives ou politiques au niveau national spécifiquement destinées aux personnes touchées par le cancer. Les lois et politiques d'application générale visant les personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques sont plus courantes, et peuvent s'appliquer aux patients atteints de cancer et aux survivants s'ils répondent à certains critères. Néanmoins, nous avons identifié de nombreuses mesures au niveau des organisations ou des entreprises. Les principaux défis liés au travail auxquels sont confrontées les personnes ayant des antécédents de cancer sont les problèmes de santé (physique et mentale) et les complications liées à la maladie. D'autres obstacles majeurs sont le manque de soutien à la réintégration professionnelle, les modalités de travail flexibles et les aménagements du lieu de travail. La peur de la stigmatisation peut rendre certaines personnes moins susceptibles d'informer leur employeur/collègues de leurs besoins, ce qui entrave encore davantage la (ré)intégration sur le lieu de tra-

vail. Cette étude identifie des exemples de bonnes pratiques de mesures qui favorisent le maintien dans l'emploi et le RTW, y compris des mesures axées en particulier sur les jeunes, les femmes et les petites et moyennes entreprises (PME). En fonction de la manière dont ces mesures répondent aux défis identifiés, l'étude recommande également des actions futures.

► Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019

COLINOT N., DEBEUGNY G. ET POLLAK C.
2024

Etudes et Résultats Drees (1321)

https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241211_ER_Arrets-Maladie

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) dressent un état des lieux des arrêts maladie indemnisés. Cette étude analyse l'évolution des arrêts maladie selon l'âge, le sexe et le secteur d'activité des salariés du privé et contractuels de la fonction publique entre 2010 et 2023.

► Household Penalty

DU X. ET ZAREMBA K.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4989822

This paper examines how spousal health shocks affect gender disparity in health and labor outcomes. We define «household penalty» as the burden on family members resulting from other members' health issues. Using Mexican labor surveys, a difference-in-difference analysis shows women's labor supply decreases by 4.7 hours after their partner's health shock, while men experience a 4.2-hour reduction. To further understand the infection transmission, we analyze US insurance claims data, which indicate that a partner's infection raises own infection probability by 1.2 percentage points for men and 2.2 percentage points for women. The mechanism lies in household specialization: as women's income share increases, their penalty decreases, while men's penalty increases.

► **Unintended Health Consequences of Decreasing Unemployment Insurance Generosity During an Economic Recession**

FLORES M. ET BENAVIDES F.G.

2024

Barcelone, Université autonome (Department of Applied Economics at Universitat Autònoma of Barcelona, Working Papers 24-03)

<https://econpapers.repec.org/paper/uabwprdea/wpdea2403.htm>

We exploit an unexpected labor market reform to estimate the effects of a significant decrease in unemployment insurance (UI) generosity during an economic recession. On July 13, 2012, the Spanish Government reduced the replacement rate from 60% to 50% after 180 days of UI benefit receipt for all spells beginning after July 14, 2012. Using rich linked administrative data and a difference-in-differences approach, we show that the decrease in UI generosity resulted in higher sickness absence rates, thereby reducing the previously documented government savings from this reform. Our findings suggest that both financial stress and moral hazard are possible mechanisms.

► **Programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel : Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques (MS) chez les salariés en France en 2016-2017 et 2018-2019 et évolution depuis 2009**

HOMERE J., DELEZIRE P. ET BONNET T.

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/documents/enquetes-etudes/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-estimation-de-la-sous-declaration-des-troubles-musculo-squelettiques-tms-chez-l>

Le taux de sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques (TMS) en maladies professionnelles (MP) correspond à la part des TMS qui n'ont pas fait l'objet d'une déclaration en MP parmi l'ensemble des TMS d'origine professionnelle touchant des salariés et correspondant à un tableau de MP. En 2016-2017 et 2018-2019, le taux de sous-déclaration se situait entre 50 et 75 % pour l'ensemble des TMS considérés (épaule, coude, rachis lombaire, syndrome du canal carpien (SCC)), quel que soit le sexe des salariés. Malgré une baisse ponctuelle en 2013, la sous-déclaration des TMS de l'épaule restait plutôt stable entre 2009 et 2016-2017, entre 59 et 65 %, avant de connaître une hausse à 72 % en 2018-2019. Cette hausse sur la fin de période est d'autant plus marquée chez les femmes.

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

RICHER M.P. ET LE HOUEROU A.

2024

Paris, Sénat

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

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

Aging

► **Healthy Aging, Healthy Living**

ASPALTER C.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5048058

Social policy in the 21st century is marked and will be charged by its ability to tackle the twin problem of healthy aging and healthy living. This article gives a clear introduction into this subject matter.

► **La situation conjugale des retraités du régime général**

BAC C., DEME R. ET JULLIOT M.

2024

Paris, CNAV

<https://www.statistiques-recherche.lassuranceretraite.fr/situation-conjugale-retraites/>

Cette étude a comparé la situation conjugale de l'ensemble des retraités du régime général avec celles de différentes catégories de retraités : les allocataires du minimum vieillesse, les surcoteurs et les personnes en situation de cumul emploi-retraite (au régime général, en tant que salariés du privé). L'étude présente d'abord la situation conjugale des retraités du régime général à fin 2021. Ensuite, cette situation est comparée à celle des allocataires du minimum vieillesse à fin 2020, puis à celle des assurés ayant eu recours à l'un des dispositifs de prolongation d'activité (surcote ou cumul emploi-retraite).

► **The Hidden Value of Adult Informal Care in Europe**

COSTA-FONT J. ET VILAPLANA-PRIETO C.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17490)

<https://www.iza.org/publications/dp/17490/the-hidden-value-of-adult-informal-care-in-europe>

The hidden value of adult informal care (IC) refers to the unaccounted value of informal care in overall costs of long-term care (LTC) estimates. This paper estimates the net value of adult IC in Europe, drawing on a well-being-based methodology. We use an instrumental

variable strategy and a longitudinal and cross-country dataset to estimate the causal effect of the extensive and intensive margin of caregiving on subjective well-being. Finally, we estimate the so-called compensating surplus (CS), namely the income equivalent transfer to compensate for the net disutility of caregiving. We find that IC reduces average subjective wellbeing by about 1% compared to the mean (6% among co-residential caregivers). Relative to a country's Gross Domestic Product (GDP), the value of informal care ranges between 4.2% in France and 0.85% in Germany. Such relative value is inversely correlated with the country's share of formal LTC spending and leads to reconsidering LTC regimes. The average CS per hour of IC ranges between 9.55 /hour, ranging between 22 /hour in Switzerland and 5 /hour in Spain. Finally, we also find that long-term CS is smaller than short-term CS.

► **Panorama international et comparaison France-Allemagne**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2024

Paris, C.O.R.

<https://www.cor-retraites.fr/reunions-du-cor/panorama-international-comparaison-france-allemande>

Cette séance propose d'éclairer le système de retraite français sous un angle international. La première partie adopte une perspective large en présentant les projections financières issues du rapport sur le vieillissement de l'Union Européenne et des résultats issus du panorama des pensions de l'OCDE. La seconde compare plus précisément les systèmes français et allemand sous l'angle du pilotage, des dépenses, du niveau de vie et des opinions.

► **L'allongement de la vie professionnelle des agents dans une fonction publique d'État vieillissante**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lallongement-de-la-vie-professionnelle-des-agents-dans-une-fonction-publique-detat>

La Cour des comptes a constaté au fil de nombreuses enquêtes une modification profonde de la pyramide des âges de la fonction publique d'État alors même que les réformes successives des retraites, qui reportent les différents âges légaux des départs des agents publics et augmentent le nombre de trimestres nécessaires à une pension sans décote, rallongeaient mécaniquement la vie professionnelle des agents. Lier les deux phénomènes pour en faire une analyse d'ensemble après la dernière réforme des retraites prévue par la loi du 14 avril 2023, est indispensable pour apprécier les impacts pour la gestion de l'État et ses politiques publiques des évolutions tendanciennes de la démographie de la fonction publique d'État (FPE).

► **L'épargne retraite : Entre produit financier et complément de retraite, un dispositif coûteux aux objectifs à clarifier**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lepargne-retraite>

L'épargne retraite permet d'économiser durant la vie active pour disposer de ressources venant ensuite compléter les sommes versées par les régimes de retraite obligatoire. Durant les années qui ont précédé la loi Pacte du 22 février 2019, le paysage français de la retraite supplémentaire était marqué par un faible dynamisme des souscriptions et des cotisations, malgré un régime fiscal favorable. La loi a permis de dynamiser la collecte grâce à une simplification et une homogénéisation des produits qui a clarifié le paysage de l'épargne retraite pour les adhérents : un seul produit générique est désormais offert, le Plan d'épargne retraite. La loi avait également pour objectif d'orienter davantage les placements vers le financement de l'économie productive. L'évaluation réalisée par la Cour montre que les déductions fiscales dont bénéficie l'épargne retraite représentent un coût pour les finances publiques estimé à au moins 1,8 Md€ en 2022 (sans tenir compte de l'épargne retraite collective obligatoire), alors que ses objectifs demeurent ambigus, entre préparation de la retraite et épargne financière. La Cour relève à cet égard une diffusion limitée dans la population et concentrée sur des bénéficiaires aisés et âgés. Enfin, l'effet spécifique de l'épargne retraite sur le financement de l'économie reste faible car elle ne se différencie pas clairement, sur les placements de long terme, de l'assurance vie.

► **Enquête : Les discriminations des seniors dans l'emploi**

DÉFENSEUR DES DROITS

2024

Paris, Le Défenseur des droits

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2024-12/ddd-OIT_enquete_17e-barometre-discriminations-emploi_20241209.pdf

Réalisée par le Défenseur des droits en partenariat avec l'Organisation internationale du travail (OIT), cette 17^e édition du baromètre sur la perception et les expériences des discriminations dans l'emploi en France métropolitaine est consacrée aux discriminations des personnes de 50 ans et plus. Les résultats reposent sur une enquête (par Internet) auprès d'un échantillon représentatif de la population active de 2 284 individus âgés de 18 à 65 ans.

► **L'espérance de vie sans incapacité a 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023**

DEROYON T.

2024

Paris, Études et résultats Drees (1323)

https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241231_ER_esperance-de-vie-sans-incapacite-65

En France, l'espérance de vie s'allonge régulièrement. Ces années supplémentaires de vie ne sont cependant pas toutes nécessairement vécues « en bonne santé ». Aussi, la DREES publie chaque année un autre indicateur, l'espérance de vie sans incapacité, qui correspond au nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée par un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne.

► **The Role of Subjective Expectations in (Under)Planning for Old Age Social Care**

FONT-GILBERT P.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4991230

Long-term care expenditures constitute one of the largest financial risk in old age. While the risk of experiencing functional limitations in old age is high, few people ever plan for their future care needs. Most

explanations for this puzzle assume that individuals have accurate expectations about the risk of becoming care-dependent, and about the role of institutions in providing old age support. This study documents a systematic underestimation of developing long-term care needs not covered by family or friends – largely due to survival pessimism –, and overconfidence in accessing government-funded care in case of need. Providing people with unbiased expectations of social care dependence, and its financing, could increase planning by as much as 8.8%.

► **Atlas cartographique du grand âge. : Les dynamiques territoriales du vieillissement**

INTERCOMMUNALITÉS DE FRANCE

2024

Paris, Intercommunalités de France

<https://www.intercommunalites.fr/publications/atlas-cartographique-du-grand-age/>

Constituant le premier volet d'une analyse approfondie sur le grand âge, ce document propose des éléments de cadrage essentiels pour comprendre pleinement les enjeux de la transition démographique à l'échelle nationale, tout en permettant de cibler les spécificités propres à chaque intercommunalité. Un second volet (dont la parution est prévue début 2025) abordera le grand âge à travers des thématiques tels que la santé, l'accessibilité, la vie sociale et les aidants. Cette analyse dressera un état des lieux des pratiques locales et des modalités de mise en œuvre des politiques du « grand âge » à l'échelle des bassins de vie, en s'appuyant sur des retours d'expérience.

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

OBSERVATOIRE DES PAYS DE LA LOIRE

2024

Nantes, O.R.S. des Pays de la Loire

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

À quoi ressemblera la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 2050 ? Face au défi sans précédent de la transition démographique à l'œuvre depuis plusieurs années, le Département de Loire-Atlantique a engagé depuis janvier 2024, avec l'agence nantaise le Coup d'Après, une démarche prospective intitulée

Dépendance 2050. Il en résulte ce document mêlant projections démographiques, cartographie des enjeux aux échelles nationale et départementale, interviews d'experts et scénarios prospectifs. Il permet d'imaginer la grande diversité des futurs possibles en matière d'accompagnement et d'inclusion dans la société des personnes âgées dépendantes de plus de 85 ans, à l'horizon 2050.

► **Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs**

PENNEAU A., OR Z.

2024

Questions d'économie de la santé (295)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-295-les-ehpad-les-plus-chers-ne-sont-pas-les-meilleurs.html>

Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) offrent à la fois un accompagnement pour réaliser les actes de la vie quotidienne, des soins médicaux et un hébergement. L'accompagnement et les soins sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les départements, tandis que le coût de l'hébergement est payé par les résidents. Le prix de l'hébergement en Ehpad varie entre les établissements de 1 400 euros à plus de 6 000 euros par mois, avec des tarifs plus onéreux dans les établissements appartenant au secteur privé lucratif que dans les établissements publics ou privés non lucratifs. Le secteur économique des Ehpad se caractérise en outre par des contextes concurrentiels très différents sur le territoire. D'une part, certains départements sont nettement mieux dotés que d'autres en places d'hébergement et, d'autre part, le secteur privé lucratif représente dans certains départements la moitié ou plus des places disponibles, alors qu'il peut être très minoritaire ailleurs. Cette étude, grâce à un appariement original de données de différentes sources (Système national des données de santé (SNDS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et CNSA), met en relation les prix de l'hébergement avec différentes dimensions de la qualité (caractéristiques des locaux, accompagnement des résidents, soins...) et le contexte concurrentiel local. Les deux principaux déterminants des prix sont la localisation de l'Ehpad et le statut juridique privé lucratif. En revanche, des tarifs d'hébergement plus élevés ne sont généralement pas associés à une meilleure qualité. En outre, les tarifs des établissements privés lucratifs sont d'autant plus élevés que la part du secteur non lucratif est plus faible ;

ce pouvoir de marché plus important du secteur lucratif s'accompagne aussi d'une fréquence plus élevée des hospitalisations des résidents dans ces établissements (réadmissions à 30 jours, hospitalisations potentiellement évitables, hospitalisations non programmées), ce qui interroge la qualité des soins fournis.

► **Comment gérer la fin de vie ?
Les dispositions adoptées
dans les pays industrialisés**

PERELMAN S. ET PESTIEAU P.

2024

Louvain-la-Neuve, L.I.D.A.M. (Lidam Discussion Paper 2024 / 15)

<https://econpapers.repec.org/paper/corlouvco/2024015.htm>

Il n'y a pas un siècle on parlait à peine des retraites. C'était le temps où l'espérance de vie ne dépassait pas 65 ans. Avec l'allongement de la durée de la vie, les retraites sont devenues une priorité de la politique sociale. L'allongement de la vie a continué. Il a donné lieu à l'émergence d'incapacités liées au grand âge. On s'est alors intéressé à la dépendance et à la perte d'autonomie réclamant des soins de longue durée. Depuis peu l'attention s'est portée sur la dernière étape de notre existence, la fin de vie. L'expression 'fin de vie' est on ne peut pas plus ambiguë. A quel moment peut-on parler de fin de vie ? Pour un jeune adulte qui meurt dans un accident de la route, elle ne dure qu'un instant. Pour une personne souffrant de ce qu'on appelle pudiquement une longue maladie, elle peut durer des mois, voire des années. Dans de nombreux pays, on parle de fin de vie lorsqu'il n'y a plus d'espoir. A partir de là, s'enclenche un programme de soins qui prend une toute autre nature et un mode de remboursement extrêmement généreux. On a donc deux définitions de la fin de vie. Soit elle commence lorsqu'il n'y a plus d'espoir, ce qui n'empêche pas de recourir à des traitements plus ou moins agressifs visant à prolonger la vie. Soit elle commence lorsque le patient entre dans un programme de soins palliatifs ou tout autre programme apparenté. Cette dernière définition est plus restrictive. On notera que dans certains pays anglo-saxons les termes soins de fin de vie (end of life EOL) et soins palliatifs sont interchangeables. En fin de vie, la nature des soins change. La famille devrait prendre une place cruciale. Les pouvoirs publics ont un rôle nouveau, tant financier que légal. La manière dont la fin de vie est abordée varie sensiblement selon les pays. Dans cet article, nous nous proposons de comparer les façons dont cette problématique est traitée en France et dans les pays voisins.

► **The life course effects of care**

RICHIARDI M., BRONKA P. ET VAN DE VEN J.

2024

Colchester, Institute for Social and Economic Research (Centre for Microsimulation and Policy Analysis Working Paper 7/24)

<https://econpapers.repec.org/paper/esecempwp/cempa7-24.htm>

Caring has its most obvious effects when it is actually required. Yet the effects of care are likely to extend to other periods of the life course. People may anticipate the need to provide informal care, either as part of their fertility decisions, or in response to deteriorating health of loved-ones. Similarly, a reason given for high savings rates among the elderly is the desire to self-insure against the needs consequent on adverse health shocks, including the need for (expensive) formal care. Furthermore, both informal care and incapacity demanding care can have effects that persist well after the actual episodes of care are past, for example, due to labour market scarring and/or depleted savings. This study uses current best-practice methods of economic analysis to explore these phenomena. Focussing on the channels of employment and savings, the study considers how the effects of care vary over the life course, and with the time that episodes of care are encountered.

Index des auteurs Author index

A

Abir M.....	14
Afrite A.....	29
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.....	18
Ahomaki L.....	22
Almyranti M.....	10
Ash N.....	10
Aspalter C.....	34
Awatani T.....	26

B

Bac C.....	34
Bartoli S.....	17
Bas B.....	25
Benavides F.G.....	33
Biener C.....	9, 22
Blehaut M.....	20
Bloch M.A.....	24
Bockerman P.....	15, 22
Bonnet T.....	33
Bourgeois I.....	29
Bricard D.....	29
Bronka P.....	37
Broughton A.....	32
Buckingham S.....	32

C

Capatina E.....	12
Cassou M.....	29
Castelli A.....	28
Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale.....	10
Chabrol F.....	24
Chevillard G.....	16, 29
Chiang Y.J.....	19
Claerman R.....	24
Clemen, J.....	11
Colinot N.....	32
Colonnese F.....	32

Comité d'alerte de l'évolution des dépenses d'Assurance maladie.....	11
Commission des comptes de la Sécurité sociale.....	17, 18
Conseil d'Orientation des Retraites.....	34
Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale.....	20
Costa-font J.....	34
Cour des comptes.....	11, 18, 30, 34, 35

D

Daniel F.....	29
Debeugny G.....	32
Decio V.....	15
Défenseur des droits.....	35
Delezire P.....	33
Delome R.....	15
Deme R.....	34
Deroyon T.....	35
Didier M.....	12
Direction Générale de l'Offre de Soins.....	27
Dubre-Chirat N.....	27
Du X.....	32

E

Espagnacq M.....	27
------------------	----

F

Fadahunsi O.....	18
Flores M.....	33
Fondation April.....	15
Font-Gilabert P.....	35
Fournier C.....	29
Franc C.....	29
Frimmel W.....	20

G

Gandhi A.....	26
---------------	----

Garratt K.....	28
Gaudilliere J.P.....	24
Glaser F.	20
Globsec	31
Government Accountability Office.....	9
Greer S.l.	31
Gressier M.	20
Guillaume S.	29

H

Haapanen M.....	15
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age	28
Haute Autorité de Santé.....	15
Henaut L.	24
Henckes N.	30
Homere J.....	33
Houerou A.....	33

I

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.....	21
Intercommunalités de France	36

J

Jaskula J.....	12
Jiang F.C.....	19
Ji Y.....	9
Julliot M.	34

K

Karnycheff T.	16
Keane M.P.....	12
Kemel E.....	30
Kremski-Frey V.....	25
Kuhakoski J.....	15

L

Larkin I.	26
Le Caignec E.....	25
Lefebvre G.	12

Leger P.T.....	11
Legrand J.....	29
Leost H.....	17
Levy M.	24
Lucas-Gabrielli V.	16 , 29

M

Maertens de Noordhout C.	24
Mao X.....	23
Matias M.A.....	28
Mcgarry B.	26
Medic G.	12
Mensah Y.M.	18
Ministère chargé de la Santé.....	28
Monnier-Besnard S.	15
Morize N.....	29
Mousquès J.	16 , 29

N

Nandan Y.	11
Nebout A.	30

O

Observatoire des expulsions collectives des lieux de vie informels.....	21
Observatoire des Pays de la Loire.....	36
Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives.....	16
OCDE.....	13
Oikawa M.	26
Oraby T.	23
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.....	13 , 19
Organisation Mondiale de la Santé	14
Or Z.....	36

P

Paquet N.	20
Pehkonen J.....	22
Penneau A.	36
Perelman S.....	37
Pestieau P.	37
Pichetti S.....	13

Pitti L..... 29
 Pollak C..... 32

Wang X..... 23
 Wang Y..... 31

R

Rahman M.T. 9
 Raynaud D..... 13
 Regaert C..... 27
 Richer M.P..... 33
 Richiardi M. 37
 Rogers P..... 9
 Rousseau S..... 27
 Rozenblum S. 31

Y

Yamaguchi T..... 26

Z

Zaremba K..... 32
 Zou L..... 9 , 22

S

Santé Publique France..... 14 , 23
 Schapira I..... 17
 Schlegel V..... 29
 Secours catholique..... 21
 Shih C.M..... 19
 Stiglitz J.E..... 21
 Sutherland E..... 10

T

Tariq Z.H. 14
 Troy L..... 29

U

UNICEF..... 21

V

Van de Ven J. 37
 Vardavas R..... 14
 Ventelou B. 30
 Verma S..... 12
 Vilaplana-Prieto C..... 34
 Villasenor A..... 28
 Von Arnim R.l..... 21

W