

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juillet-août 2024 / July-August 2024

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health – Medical Technologies</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie - Statistique	<i>Methodology- Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 13 **Designing Universal Coverage Health Care Systems at Minimum Cost**
Almeida J. f. et Oliveira F.
- 13 **The US Health Insurance Market: Performance and Efficiency Analyses (Preprint)**
Brockett P. L., Golden L. L., Yang C. C., et al.
- 13 **Avis 2023 sur la complémentaire santé solidaire (CSS) : Rapport adopté en plénière extraordinaire du CNLE le jeudi 25 janvier 2024**
Conseil National des Politiques de lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
- 14 **La CNAM : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion**
Cour des comptes
- 14 **L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France. Une analyse critique des projets de réforme de l'aide médicale de l'état**
Fondation Jean Jaurès
- 14 **The Effect of Public Health Insurance on Individual Consumption: Evidence From Medicaid Expansion**
Hardiman A.
- 14 **Patient Cost-Sharing and Redistribution in Health Insurance**
Klein T. J., Salma M. et Upadhyay S.
- 15 **La complémentaire santé solidaire : Rapport annuel 2024**
Ministère chargé de la Santé

Démographie Demography

- 15 **Reassessing Socioeconomic Inequalities in Mortality Via Distributional Similarities. Rostock, Max Planck Institute For Demographic Research**
Gomez Ugarte A. C., Basellini U. et Camarda C. G.

- 15 **En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse : Bilan démographique 2023**
Papon S.

Économie de la santé Health Economics

- 16 **Productivity of the English National Health Service: 2021/22 Update**
Arabadzhyan A., Castelli A. et Gaughan J.
- 16 **Can People Afford to Pay For Health Care? New Evidence on Financial Protection in France**
Bricard D.
- 17 **Pricing Innovation in Surgical Care Markets**
Chen A., Freedman S., Munnich E., et al.
- 17 **Nonlinear Reimbursement Rules For Preventive and Curative Medical Care**
Cremer H. et Lozachmeur J. M.
- 17 **Patient Costs and Physicians' Information**
Dickstein M. J., Jeon J. et Morales E.
- 18 **Lives vs. Livelihoods: The Impact of the Great Recession on Mortality and Welfare**
Finkelstein A. et Notowidigdo M. J.
- 18 **Alleviating Worker Shortages Through Targeted Subsidies: Evidence From Incentive Payments in Healthcare**
Gandhi A., Olenski A. et Ruffini K. J.
- 18 **How You Pay Drives What You Choose: Health Savings Accounts Versus Cash in Health Insurance Plan Choice**
Gruber J., M. lin M. et Liu H.
- 18 **Budgetary Allocation and Health For All: Computational Methods For Population Well-Being**
Guariso D., Aguilar G. et Adewoyin R.
- 19 **Etat des lieux du financement de la protection sociale. : Un redressement temporaire sans perspective de retour à l'équilibre à moyen terme**
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale

- 19 **Tunneling and Hidden Profits in Health Care**
Gandhi A. et Olenski A.
- 20 **Income Receipt, Economic Activities, and Health: Evidence From Ambulance Transport Patterns**
Ibuka Y. et Hamaaki J.
- 20 **Social Security Developments and Trends – Europe 2024**
International social security agreements in Europe
- 20 **Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe**
Jusot F. et Lemoine A.
- 20 **Unlocking Reform and Financial Sustainability: NHS Payment Mechanisms For the Integrated Care Age : Exploring the Advantages and Disadvantages of Different Payment Mechanisms in Healthcare**
Jones E., Willianson S. et Barron J.
- 21 **Household Finance Under the Shadow of Cancer**
Karpati D.
- 21 **The Effects of Patient Cost-Sharing on Adolescents' Healthcare Utilization and Financial Risk Protection: Evidence From South Korea**
Kim S., Koh K. et Lyou W.
- 21 **The Effects of Medical Debt Relief: Evidence From Two Randomized Experiments**
Kluender R., Mahoney N. et Wong F.
- 22 **Économie de l'obésité**
Mathieu-Bolh N.
- 22 **Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne**
Minery S. et Or Z.
- 22 **Exogenous Increases in Basic Income Provisions Increase Preventative Health-Seeking Behavior: A Quasi-Experimental Study**
Motta M. et Haglin K.
- 23 **The Economic Burden of Burnout**
Nekoei A., Sigurdsson J. et Wehr D.

- 23 **Economic Evaluation For Health Priority-Setting: Cost-Effectiveness Analysis and Benefit-Cost Analysis Primer**
Robinson L. A. et Hammitt J. K.
- 23 **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : Synthèse documentaire**
Safon M. O.

Environnement et santé Environmental Health

- 24 **Bilan Carbone 2024 de L'AP-HP**
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- 24 **Comment choisir un soin durable ? Faisabilité d'un modèle de décision « médico-éco-climatique » pour la prise en charge de la dépression**
Brunn M., Molinier G. et Padget M.
- 24 **La santé respiratoire : Un enjeu de santé environnement insuffisamment pris en considération**
Cour des comptes
- 24 **The Impact of Air Pollution on Drug Expenditure in China: Exploring Chinese Herbal Medicine and Regional Disparities**
Ju H., Tang Y. et Zhang M.
- 25 **Labour and Social Policies For the Green Transition: A Conceptual Framework**
Keese M. et Marcolin L.
- 25 **Europe Sustainable Development Report 2023/24 : European Elections, Europe's Future and the Sustainable Development Goals**
Lafortune G., Fuller G. et Kloke-lesch A.
- 25 **Mobilité résidentielle et inégalités à la pollution de l'air : décrire les disparités d'exposition à la pollution de l'air tout au long de la vie selon le revenu**
Le Thi C., Suarez castillo M. et Costemalle V.
- 26 **The Role of the Health Sector in Tackling Climate Change: A Narrative Review**
Or Z. et Seppanen A. v.
- 26 **Santé et changements climatiques : allier atténuation, adaptation et prévention en santé**
Réseau Français ville-santé
- 26 **Ensuring Safety and Health at Work in a Changing Climate**
Scott N., Graczyk H. et Papandrea D.

- 27 **Plus exposés à la pollution de l'air, les jeunes enfants des ménages modestes, plus fragiles, sont les plus affectés**
Suarez Castillo M.

E-santé – Technologies médicales E-Health – Medical Technologies

- 27 **Données de santé artificielles : analyse et pistes de réflexion**
Allassonniere S., Fraysse J.-L. et Durrleman S.
- 27 **Collective Action For Responsible AI in Health**
Anderson P.
- 28 **Systèmes d'IA générative en santé : enjeux et perspectives**
Nordlinger B. et Kirchner C.
- 28 **Ethics and Governance of Artificial Intelligence For Health : Guidance on Large Multi-Modal Models**
Organisation mondiale de la santé
- 28 **Exploring the Digital Health Landscape in the WHO European Region: Digital Health Country Profiles**
Organisation mondiale de la santé
- 29 **Données de santé : libérer leur potentiel**
Ros E.
- 29 **Information Disclosure Via Platform Endorsement in Online Healthcare**
Zhan J., Zhang X. et Fu H.

État de santé Health Status

- 30 **La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme**
Andler R., Quatremere G. et Richard J. B.
- 30 **Exercise or Extra Fries? How Behaviors Impact Health over the Life Cycle**
Bairoliya N., Miller R. et Nygaard V. M.
- 31 **Parcours de soins de l'adulte avec des symptômes prolongés de la Covid-19**
Haute Autorité de santé

- 31 **Adolescent Hazardous Drinking and Socioeconomic Status in France: Insights into the Alcohol Harm Paradox**
Legleye S., Khlat M., Aubin H. J., Bricard D.

- 31 **The Impact of Trust in Physicians on the Development of Health For Adolescents: Empirical Evidence From China**
Liu N.

- 31 **Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale**
Marsaudon A.

- 32 **Étude épidémiologique sur l'état de santé, le recours aux soins et à la prévention des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2019-2022**
Mondeilh A., Brabant G. et Haidar S.

- 32 **Beating Cancer Inequalities in the EU : Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection**
OCDE

- 32 **The Double Burden of Severe Mental Illness and Cancer: A Population-Based Study on Colorectal Cancer Care Pathways From Screening to End-Of-Life Care**
Seppanen A. V., Daniel F., Houzard S., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 33 **Geographic Inequalities in Accessibility of Essential Services**
Almeida V., Hoffman C. et Koning S.

- 33 **A French Classification to Describe Medical Deserts: A Multi-Professional Approach Based on the First Contact with the Healthcare System**
Bonal C., Padilla C., Chevillard G., et al.

- 34 **Monetary Flows For Health Mobility: The Italian NHS From a Network Perspective**
Carnazza G., Lagravinese R. et Liberati P.

- 34 **Médecine de ville : quelle contribution des médecins généralistes nés et diplômés à l'étranger à la réduction des inégalités d'accès géographique aux soins**
Chevillard G., Lucas-gabrielli V. et Mousques J.

- 34 **Les territoires de la promotion de la santé**
Rios Guardiola L.

- 34 **Cartes de France de l'accès aux soins. : Soignants et patients face aux inégalités territoriales**

Vigneron E., Bleuzen-Her E. et Docteur A.

Handicap Disability

- 35 **An Integrated Approach to Service Delivery For People with Multiple and Complex Needs**

Adams A. et Hakonarson H.

- 35 **Effects of Childhood Cognitive and Behavioral Disabilities on Adult Economic Outcomes**

Corman H., Noonan K. et Reichman N.

- 35 **Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades**

Espagnacq M., Guillaume S., Leray E., et al.

- 36 **Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019**

Espagnacq M., Daniel F. et Regaert C.
2022

Hôpital Hospital

- 36 **Pricing Innovation in Surgical Care Markets**

Chen A., Freedman S., Munnich E., et al.

- 36 **Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19**

Dubois Y.

- 37 **Evènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences : une analyse des déclarations faites par les professionnels et les établissements de santé**

Haute Autorité de santé

- 37 **Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023**

Or Z., Cartailleur J., Le Bail M.

Inégalités de santé Health inequalities

- 37 **Etude de la double pénalité de pauvreté en France : Edition 2022**

Action Tank Entreprise et Pauvreté

- 38 **Doing More For Less? : A Mixed-Methods Analysis of the Experience of Primary Care Networks in Socioeconomically Deprived Areas**

Beech J., Smith J. et Fraser C.
2023

- 38 **Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021**

Da Silva M. A., Gravel N. et Sylvain-Morneau J.

- 38 **Santé des femmes en situation de précarité**

Fédération des Acteurs de la Solidarité

- 39 **Sick of Your Poor Neighborhood? Quasi-Experimental Evidence on Neighborhood Effects on Health**

Hasager L. et Jorgensen M.

- 39 **Human Capital Spillovers and Health: Does Living Around College Graduates Lengthen Life?**

Bor J.H. et Cutler D. M.

- 39 **Socioeconomic Inequality in Life Expectancy: Perception and Policy Demand**

Jessen L. J., Koehne S. et Nuess P.

Médicaments Pharmaceuticals

- 40 **Inciter à prescrire des médicaments biosimilaires : évaluation d'une expérimentation de partage de gains entre les hôpitaux et l'Assurance maladie en France**

Attia V., Gaini M., Maugendre E., et al.

- 40 **Nothing For Something: Marketing Cancer Drugs to Physicians Increases Prescribing Without Improving Mortality**

Carey C., Daly M. et Li J.

- 40 **Avis 145 : Le cadre de l'évaluation éthique de la recherche clinique : Favoriser la recherche clinique sans affaiblir la protection des personnes**

Comité consultatif national d'éthique

- 40 **Le médicament sous haute tension**

Fidel D.

- 41 **Securing Medical Supply Chains in a Post-Pandemic World**
OCDE

Méthodologie - Statistique Methodology- Statistics

- 41 **A Brief Tour of Economic Epidemiology Modelling**
Boucekkine R., Chakraborty S. et Goenka A.
- 41 **Former et se former en recherche qualitative**
Morrissette J., Demaziere D. et Dupont-Leclerc M. M.
- 42 **End-Of-Life Surveys in the French Overseas Departments : Data Collection Protocol**
Pennec S., Gaymu J. et Markou E.
- 42 **L'épidémiologie sociale : Concepts, méthodes et exemples d'application**
Vuillermoz C., Deguen S. et Melchior M.

Politique de santé Health Policy

- 42 **An Integrated Approach to Service Delivery For People with Multiple and Complex Needs**
Adams A. et Hakonarson H.
- 42 **Uncertainty in Healthcare Policy Decisions: An Epidemiological Real Options Approach to COVID-19 Lockdown Exits**
De Mello-Sampayo F.
- 43 **La politique de périnatalité : Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier**
Cour des comptes
- 43 **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : 3^e rapport au président de la République**
Institut national du cancer
- 43 **Notre santé nous appartient : Un état des lieux clair sur notre système de soin pour agir maintenant**
Londeix P. et Martin J.
- 44 **NEED : évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société**
Maertens de Noordhout C. et Levy M.

- 44 **Avis du Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires (COVARS) du 3 Avril 2024 Evaluation des Risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-203**
Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires

- 44 **Climat, Energie : décarbonons le secteur de l'autonomie. Rapport final**
Shift Project

Politique sociale Social Policy

- 45 **Améliorer la prise en charge à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance : l'accompagnement vers l'autonomie : Volet 2**
Haute Autorité de santé
- 45 **Quelles protections pour les enfants en placement longue durée ? Approche comparée France-Québec**
Siffrein-blanc C. et Lavallee C.

Prévention Prevention

- 46 **The European COVID Survey (ECOS): Technical Report**
Sabat I., Neumann-Böhme S. et Stargardt T.
- 46 **Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022-2023 et évolution depuis 2005**
Santé publique France
- 46 **Barriers and Facilitators to the HPV Vaccine: A Multicenter Qualitative Study of French General Practitioners**
Tron A., Schlegel V. et Pinot J.
- 47 **La recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination en France depuis le Covid-19 – 1^{ère} édition**
Ward J., Privault S. et Touzet H.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

- 47 **Améliorer l'organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Évaluation d'expérimentations territoriales dans six régions**
Auge E., Bricard D. et Raynaud D.
- 48 **Dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux**
Haute Autorité de santé

Psychiatrie

Psychiatry

- 48 **Macroeconomics of Mental Health**
Abramson B. et Boerma J.
- 48 **The Causal Impact of Education on Mental Health and Explanatory Mechanisms**
Aygun A. et Tirgil A.
- 49 **Faire savoir l'expérience**
Chambon N., Picolet E., Speranza J., et al.
- 49 **Grande Précarité et troubles psychiques - Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques**
Haute Autorité de santé
- 49 **The Importance of Existing Social Protection Programs For Mental Health in Pandemic Times**
Cho Y, Molina T.
- 49 **Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021**
Leon C. et Du Roscoat E.
- 50 **Talking Therapy: Impacts of a Nationwide Mental Health Service in England**
Oparina E., Krekel C. et Srisuma S.
- 50 **Adolescents' Mental Health and Human Capital: The Role of Socioeconomic Rank**
Paffenholz M.

- 50 **La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale - Résultats de l'enquête EnCLASS 2022 : Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022**
Santé publique France
- 50 **Longer Working Hours and Maternal Mental Health: A Comparison of Single Vs Partnered Mothers**
Simpson J., Wildman J. et Bambra C.
- 51 **Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements**
Touitou-Burckard E., Gandre C., Coldefy M., et al.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

- 52 **Profession médecin : une attractivité à soigner**
Allermoz E.
- 52 **Healthcare Quality and Dementia Risk**
Aravena J. et Chen X.
- 52 **Améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication**
Auge E. et Bricard D.
- 52 **Comparing GPs According to Their Model of Practice: Are Multiprofessional Group Practices Associated with More Favourable Working Conditions?**
Biais M., Cassou M. et Franc C.
- 53 **Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients**
Biais M., Cassou M. et Franc C.
- 53 **Infirmiers et aides-soignants, un enjeu transfrontalier**
Bianco E., Chavet S. et Dammak S.
- 53 **Organisation territoriale des soins de premier recours**
Cour des comptes
- 54 **Les Métiers de la santé de demain**
De Seze M., Tchiombiano S. et Mahe H.

- 54 **The Essential Role of Altruism in Medical Decision Making**
Gertler P. et Kwan A.
- 55 **The Effect of Migration on Careers of Natives: Evidence From Long-Term Care**
Haan P. et Wnuk I.
- 55 **Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires**
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie
- 55 **Nursing Before and After Covid-19: Outflows, Inflows and Self-Employment**
Kalb G. et Meekes J.
- 55 **Fewer Young People Want to Become Nurses in Half of OECD Countries**
Lafortune G. et Dagistan L.
- 56 **Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé**
Legrand J. et Pitti L.
- 56 **Les infirmières chercheuses. : Quelle place dans les organisations de santé ?**
Met N.
- 56 **Bonnes pratiques en matière de simulation en santé**
Moll M. c. et Messarat-Haddouche Z.
- 57 **Les bons comptes ne font pas l'égalité. Le partage des rémunérations en maisons de santé**
Morize N.
- 57 **De la crise mondiale des soins aux soins de qualité à domicile : Les arguments en faveur de l'intégration des travailleurs domestiques dans les politiques des soins et la garantie de leurs droits au travail**
Organisation internationale du travail
- 57 **La santé du point de vue des patients : La prochaine génération d'indicateurs de résultats des soins de santé**
OCDE
- 57 **Participation des patients à la formation initiale des médecins : Restitution des travaux conduits par la DGOS en lien avec la DGS**
Direction générale de l'offre de soins
- 58 **The Accessibility of Primary Care and Paediatric Hospitalisations For Ambulatory Care Sensitive Conditions in Czechia. Prague, Charles University**
Slegerova L.
- 58 **Enquête sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux**
URPS Kinés

Systemes de santé

Health Systems

- 59 **Making Care Closer to Home a Reality**
Baird B., Fenney D. et Jefferies D.
- 59 **Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé**
Colombo F., Dedet G. et Guanais F.
- 59 **Trust and Health Care-Seeking Behavior**
Darden M. E. et Macis M.
- 60 **Healthcare Quality By Specialists Under a Mixed Compensation System: An Empirical Analysis**
Echevin D., Fortin B. et Houndetoungan A.
- 60 **Moral Preferences over Health-Wealth Trade-Offs**
Fillipin A. et Mantovani M.
- 60 **Health For All Policies: The Co-Benefits of Intersectoral Action**
Greer S. L., Falkenbach M. et Figueras J.
- 60 **Healthcare System Efficiency and Drivers: Re-Evaluation of OECD Countries For COVID-19**
Manavgat G. et Audibert M.
- 61 **Fiscal Sustainability of Health Systems**
De Cock J.
- 61 **Health System Review : Denmark**
Okkels Birk H., Vrangbaek K. et Rudkjoberg A.
- 62 **The Blurred Line Between Social Insurance and Social Assistance : Analysis of Risk-Based Benefits in Six Countries**
Tervola J., Livonen S. et Hiilamo H.
- 62 **Strengthening Health Systems. a Practical Handbook For Resilience Testing**
Zimmermann J., Mckee C. M., Karanikolos M., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 63 **Exploring the gender dimension of telework : implications for occupational safety and health : Explorer la dimension de genre pour le télétravail : implications en matière de sécurité et de santé au travail**
Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail
- 63 **Avis de l'Anses relatif à « l'état des connaissances sur l'influence du travail à distance sur la santé des travailleurs »**
Anses
- 63 **Are Working Environments For Healthcare Workers Improving?**
Bienassis K. D. et Lafortune G.
- 63 **Les aides de la Cnam à la prévention des risques professionnels : une efficacité non démontrée : Audit flash**
Cour des comptes
- 64 **Do Medical Treatments Work For Work? Evidence From Breast Cancer Patients**
Daysal N. M., Evans W. N. et Pedersen M. H.
- 64 **Mental Health at Work After the COVID19 Pandemic – What European Figures Reveal**
Dragano N., GerÖ, K. et Wahrendorf M.
- 64 **Moral Preferences over Health-Wealth Trade-Offs**
Fillipin A. et Mantovani M.
- 64 **The Use of Performance Appraisals and Employees' Presenteeism Behavior**
Grund C. et Nieben A.
- 65 **L'indemnisation des accidents du travail avec incapacité permanente compense-t-elle leurs conséquences financières ?**
Lardeux R. et Pora P.
- 65 **Impact of Multiple Sclerosis on Employment and Income: Insights From a Random Sample Representative of Private Sector Employees in France Using Longitudinal Administrative Data**
Leray E., Duguet E., Regaert C., et al.
- 65 **Live Longer and Healthier: Impact of Pension Income For Low-Income Retirees**
Malavasi C. et Ye H.
- 66 **Les retraités sont-ils plus heureux que les actifs ?**
Margolis L.

- 66 **Promoting Better Career Choices For Longer Working Lives : Stepping up Not Stepping Out**
OCDE
- 66 **Preventing and Addressing Violence and Harassment in the World of Work Through Occupational Safety and Health Measures**
Organisation internationale du travail
- 67 **Labour Supply Responses to Reducing the Risk of Losing Disability Insurance Benefits**
Paukkeri T. et Ravaska T.
- 67 **Télétravail : effets sur la santé et les conditions de travail : Revue de la littérature**
Roquelaure Y., Cros F., Bodin J., et al.
- 67 **La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'organisation de la médecine du travail en France : Synthèse documentaire**
Safon M. O.
- 67 **Multi-expositions professionnelles à des nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire chez les salariés en 2016-2017 en France à partir de l'enquête Sumer**
Santé publique France
- 68 **Personality Traits As Moderators of the Effects of Working Hours on Mental Health**
Sato K. et Kuroda S.
- 68 **Les effets du report de l'âge minimal de la retraite à 62 ans : une approche par catégories socio-professionnelles**
Zemmour M.

Vieillesse Ageing

- 69 **Healthcare Efficiency and Elderly Mortality in Italy**
Arland R. et Tchounkeu Y.
- 69 **L'impact d'un programme social sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés en France**
Auge E. et Sirven N.

- 69 **Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation**
Bonnet C. et Bourreau-Dubois C.
- 70 **The Design of Insurance Contracts For Home Versus Nursing Home Long-Term Care**
Borsenberger C. et Cremer H.
- 70 **Reforming the US Long-Term Care Insurance Market**
Braun R. A. et Kopecky K. A.
- 70 **Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social : Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2024**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- 71 **Départs anticipés (pré-retraites, ruptures conventionnelles, carrières longues et retraite progressive)**
Conseil d'orientation des retraites
- 71 **Paying For Advance Care Planning in Medicare: Impacts on Care and Spending near End of Life**
Chen A. et Li J.
- 71 **En 2024, la réforme du minimum contributif augmente la pension de 185 000 nouveaux retraités**
Chopard M.
- 71 **Closing the Gap at the Age of 65: Evidence From the Medicaid Expansions**
Chung S. H. et Jun D.
- 72 **Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile : Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 72 **Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 72 **Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 73 **Vivre au-delà de 105 ans : quand l'improbable devient réalité**
Mesle F., Vallin J. et Camarda C. G.
- 73 **Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements**
Vignau M.
- 73 **Liberated From Care: Long-Term Care Insurance Policy and Employment For Women**
Zhu G.

Assurance maladie

Health Insurance

► **Designing Universal Coverage Health Care Systems at Minimum Cost**

ALMEIDA J. F. ET OLIVEIRA F.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4733533

Universal coverage is the ultimate goal of a health system's effectiveness, and its efficiency is measured by the cost of providing it. We propose a minimum-cost universal-coverage hierarchical network design analysis methodology for national health systems. In addition, we provide novel insights for policy-makers by applying our proposed analysis to France, Finland and Brazil, developing an analysis methodology motivated by the United Nations Sustainable Development Goals (SDG) for 2030. Our results suggest how these countries could achieve universal coverage from both geographical accessibility and resource perspectives. Under a universal coverage policy, areas with geographically scattered populations, such as the north and centre of Finland and the north and centre-west of Brazil, need additional health services provided by small hospitals, health clinics, and health centres. In Brazil, \$ 7.95 billion should be invested in logistics to reduce the displacement time for 1,222 municipalities. France could have a more centralised primary care network. However, most such municipalities providing primary care would also provide secondary and tertiary care. Moreover, our results show that, by 2030, France will need more long-term care professionals and mammography equipment, Finland will need more hospital beds and CT scanners, and Brazil will need more health care professionals and radiotherapy equipment than the projected supply for the same period.

► **The US Health Insurance Market: Performance and Efficiency Analyses (Preprint)**

BROCKETT P. L., GOLDEN L. L., YANG C. C., *et al.*

2024

New York, Springer

<https://europepmc.org/article/ppr/ppr697539>

This chapter presents an overview of the US health

insurance market, reviews health insurance research literature, and examines premiums, medical expenses, medical service utilization, and data envelopment analysis (DEA) efficiency measures of health insurers from different perspectives. Results indicate that the Affordable Care Act (ACA), or Obamacare, bent the curve of medical costs. Another finding is that medical expense increase was due to medical service utilization increase instead of service price increase. Among states, we find inconsistency existed in medical service pricing. Efficiency analyses show that Medicaid managed care had the highest efficiency from both the consumer and societal perspectives, which displayed an increasing trend for the whole insurer post-ACA. Additionally, some ACA modifications by the Trump administration seemed to have helped with efficiency improvement. During the COVID-19 pandemic, societal efficiency changes suggested selection bias in delayed care and the following pick-up regarding the cost of medical services.

► **Avis 2023 sur la complémentaire santé solidaire (CSS) : Rapport adopté en plénière extraordinaire du CNLE le jeudi 25 janvier 2024**

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

Paris, C.N.LE

<https://solidarites.gouv.fr/avis-cnle-sur-le-rapport-annuel-de-la-complementaire-sante-solidaire-c2s-2023>

Cet avis se compose d'une recommandation principale et de propositions alternatives pour répondre aux enjeux de lutte contre le non-recours et les inégalités d'accès aux soins. La première partie est axée sur des propositions pour améliorer et ajuster le dispositif. La deuxième partie est consacrée aux propositions pour améliorer le recours à la CSS. Enfin, la troisième partie s'attache aux mesures de simplification de gestion du dispositif à mettre en oeuvre pour améliorer voire rendre automatique l'accès à la CSS ou son renouvellement pour ses bénéficiaires

► **La CNAM : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-cnam-examen-de-la-gouvernance-et-de-certaines-fonctions-de-gestion>

Établissement public de l'État, la Caisse nationale d'assurance maladie gère les risques des branches d'assurance maladie et d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP). Elle est à la fois le pilote du réseau qui met en œuvre ces régimes et l'un des organismes du régime général de l'assurance-maladie. La Cour a examiné le fonctionnement de cet établissement qui est au cœur de la régulation de la santé. L'analyse fait apparaître un insuffisant pilotage stratégique qui se voit notamment dans la gouvernance, mais, aussi, dans les deux fonctions transversales analysées (les ressources humaines et les achats) et dans les deux services opérationnels examinés (la Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques, ainsi que les directions régionales du service médical, services déconcentrés de la CNAM dont l'appartenance, décidée en 2015, n'est pas entrée pleinement dans la culture de l'établissement public). La Cour estime nécessaire un pilotage stratégique plus affirmé de l'établissement qui en renforce la cohésion et la performance

► **L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France. Une analyse critique des projets de réforme de l'aide médicale de l'état**

FONDATION JEAN JAURÈS

2024

Paris, Fondation Jean Jaurès

<https://www.jean-jaures.org/publication/lacces-aux-soins-des-etrangers-en-situation-irreguliere-en-france-une-analyse-critique-des-projets-de-reforme-de-laide-medicale-de-letat/>

Lors du débat sur la loi immigration votée en décembre 2023, la question de l'Aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière a été régulièrement soulevée. Pourtant, Jean-Marie André, économiste à l'École des hautes études en santé publique (CNRS UMR 6051 ARENES) démontre qu'elle représente un montant modeste par rapport à la dépense de santé couverte par la Sécurité sociale, surtout au regard des multiples risques que sa suppression ferait courir. Des pistes d'amélioration sont toutefois envisageables

► **The Effect of Public Health Insurance on Individual Consumption: Evidence From Medicaid Expansion**

HARDIMAN A.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4722128

This paper examines the impact of the Affordable Care Act Medicaid expansion on individual consumption by leveraging nationally representative panel data of near-elderly adults in the United States. I take advantage of the panel structure to control for unobservable differences across individuals and to identify individuals who are more likely to be impacted by the expansion ex-ante. Using a difference-in-difference approach, I find that the ACA Medicaid expansion increases total monthly consumption by \$144.13, which is equivalent to a 14.4 percent increase from the pre-expansion mean. This growth in total consumption is driven primarily by a rise in non-durable spending and housing consumption. Additionally, I observe that individuals in expansion states are 3.9 percentage points more likely to be homeowners than those in non-expansion states. These effects are driven by a reduction in out-of-pocket medical spending and an improvement in financial well-being.

► **Patient Cost-Sharing and Redistribution in Health Insurance**

KLEIN T. J., SALMA M. ET UPADHYAY S.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16778)

<https://docs.iza.org/dp16778.pdf>

Health insurance premiums often do not reflect individual health risks, implying redistribution from individuals with low health risks to individuals with high health risks. This paper studies whether more cost-sharing leads to less redistribution and to lower welfare of high-risk individuals. This could be the case because more cost-sharing increases out-of-pocket payments especially for high-risk individuals. We estimate a structural model of healthcare consumption using administrative data from a Dutch health insurer. We use the model to simulate the effects of a host of counterfactual policies. The policy that was in place was a 350 euro deductible. Our counterfactual experiments show that redistribution would decrease when the deductible would increase. Nonetheless,

high-risk individuals can benefit from higher levels of cost-sharing. The reason is that this leads to lower premiums because both high-risk and low-risk individuals strongly react to the financial incentives cost-sharing provides.

► **La complémentaire santé solidaire : Rapport annuel 2024**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://solidarites.gouv.fr/avis-cnle-sur-le-rapport-annuel-de-la-complementaire-sante-solidaire-c2s-2023>

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une couverture complémentaire financée par l'Assurance

maladie, destinée aux personnes disposant de faibles ressources, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Similaire à une complémentaire de droit commun, elle offre une protection élargie, qui garantit un accès optimal à des soins de qualité, sans reste-à-charge. Depuis 2019, les effectifs de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,4 millions de bénéficiaires en juin 2023 : 5,9 millions pour la C2S gratuite et 1,5 million pour la C2S avec participation financière. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Cette évolution dynamique s'explique notamment par la mise en œuvre de mesures facilitant son attribution et les démarches des demandeurs

Démographie

Demography

► **Reassessing Socioeconomic Inequalities in Mortality Via Distributional Similarities. Rostock, Max Planck Institute For Demographic Research**

GOMEZ UGARTE A. C., BASELLINI U. ET CAMARDA C. G.
2024

(MPIDR Working Papers 2024-007)

<https://d.repec.org/n?u=RePEc:dem:wpaper:wp-2024-007&r=hea>

Commonly used measures of socioeconomic inequalities in mortality, such as the slope and the relative index of inequality, are based on summary measures of the group-specific age-at-death distributions (e.g. life expectancy). While this approach is informative, it ignores valuable information contained in the group-specific distributions. We apply and evaluate a novel measure of socio-economic inequality in mortality. Leveraging a metric of statistical distance, our Population Total Variation (PTV) measure is sensitive not only to changes in the means or variances, but also to broader mortality changes that affect distributional shapes. The PTV also allow the levels and trends of socioeconomic inequalities in mortality to be decomposed into mortality changes versus changes in the

composition of the population. We use mortality data by socioeconomic groups to assess mortality inequalities with both established measures and our proposed PTV. Our findings suggest that levels and trends in mortality inequalities computed with the PTV differ compared to other conventional summary-based measures. The method we propose can be applied to any context where mortality rates are available by socio-economic groups. We conclude that measuring distributional similarities in mortality enhances our understanding of between groups inequalities in mortality.

► **En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse : Bilan démographique 2023**

PAPON S.

2024

Insee Première (1978)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>

Au 1^{er} janvier 2024, la France compte 68,4 millions d'habitants, soit 0,3 % de plus qu'un an auparavant. En 2023, 678 000 bébés sont nés en France. C'est 6,6 % de moins qu'en 2022 et près de 20 % de moins qu'en 2010, année du dernier pic des naissances. L'indicateur conjonctu-

rel de fécondité s'établit à 1,68 enfant par femme en 2023, après 1,79 en 2022. Depuis la Seconde Guerre mondiale, cet indicateur n'a jamais été aussi bas hormis en 1993 et 1994. En 2023, 631 000 personnes sont décédées en France, soit 6,5 % de moins qu'en 2022. Cette baisse fait suite à trois années de forte mortalité, due notamment à l'épidémie de Covid-19. L'espérance

de vie à la naissance est de 85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes. Elle dépasse ainsi les niveaux de 2019. Le solde naturel s'établit à 47 000 en 2023, soit un niveau inférieur à celui de 2022 et 2021. Avec 242 000 célébrations, le nombre de mariages se maintient à un niveau élevé en 2023. Le nombre de Pacs conclus en 2022 se stabilise à près de 210 000..

Économie de la santé

Health Economics

► **Productivity of the English National Health Service: 2021/22 Update**

ARABADZHYAN A., CASTELLI A. ET GAUGHAN J.
2024

York, University of York (CHE Research Paper 196)

<https://www.york.ac.uk/media/che/CHE196.pdf>

Healthcare expenditure is one of the largest elements, and a growing proportion, of public spending. In the context of limited resources, it is essential for patients and policy-makers to understand the return on investment in health care. Productivity, the ratio of output produced to input used, is therefore a key performance metric for the English NHS. In addition, measuring NHS productivity growth is an important tool for assessing future funding needs. Finally, in the aftermath of the COVID-19 pandemic, evaluating the extent to which the NHS has recovered to pre-pandemic levels of productivity is of great policy relevance. In this report we extend previous investigations into NHS productivity growth carried out at the University of York. Embedded in National Accounting Systems, we use an index number approach, to calculate growth in both NHS inputs, outputs and productivity. Outputs are also adjusted for the quality of care provided. We focus on two time periods: 2020/21 to 2021/22; 2019/20 to 2021/22.

► **Can People Afford to Pay For Health Care? New Evidence on Financial Protection in France**

BRICARD D.
2024

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

<https://iris.who.int/handle/10665/376550>

This review is part of a series of country-based studies generating new evidence on financial protection – affordable access to health care – in health systems in Europe. Catastrophic health spending is lower in France than in many other European Union (EU) countries, but unmet need for dental care is above the EU average and both outcomes are marked by significant income inequality. Catastrophic health spending is heavily concentrated in the poorest fifth of households and mainly driven by out-of-pocket payments for outpatient medicines, medical products and outpatient care. This is likely to reflect widespread, heavy and complex user charges (co-payments) for publicly financed health care, including substantial balance billing for medical products and outpatient care. Complementary health insurance (CHI) covering user charges covers around 95% of the population and improves financial protection for most people due to sustained Government efforts to secure free or subsidized access to CHI for people with very low incomes. However, CHI does not fully address the problems caused by user charges: households with the lowest incomes are the least likely to have any form of CHI and CHI is a highly regressive way of financing the health system. It also involves significant transaction and financial costs for the Government and employers. Since 2019 the Government has taken steps to reduce balance billing for medical products. Building on this, the Government

can use public resources more efficiently by reducing user charges and limiting the health system's reliance on CHI – for example, exempting households with low incomes and people with chronic conditions from all co-payments; introducing an income-based cap on all co-payments; further limiting balance billing; and reducing the regressivity of CHI.

► **Pricing Innovation in Surgical Care Markets**

CHEN A., FREEDMAN S., MUNNICH E., *et al.*
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32439)

<https://www.nber.org/papers/w32439>

Technological innovation in medical services can improve health, but its ability to reach patients often depends on price signals for downstream providers, which can also be discordant across production inputs. We examine such a context when Medicare sharply revises facility fee while holding physician fees constant—for advanced surgical care performed within certain outpatient settings. Industry-wide output for impacted cases increases via market expansion, and indirectly affected physicians devote more labor supply to these cases by sacrificing other outpatient and inpatient surgical volumes. Government price setting for healthcare facilities spills over onto physician impacting their technology utilization and time allocations.

► **Nonlinear Reimbursement Rules For Preventive and Curative Medical Care**

CREMER H. ET LOZACHMEUR J. M.
2024

Toulouse, Ecole d'économie de Toulouse (TSE Working Paper 1527)

https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2024/wp_tse_1527.pdf

We study the design of nonlinear reimbursement rules for expenses on secondary preventive and on therapeutic care. With some probability individuals are healthy and do not need any therapeutic health care. Otherwise they become ill and their health status (the severity of their disease) is realized and identifies their ex post type. Preventive care is determined ex ante, that is before the health status is determined while curative care is chosen ex post. Insurance benefits depend on preventive and curative care in a possibly

nonlinear way, and marginal benefits can be positive or negative. In the First best, achieved when health status is ex post publicly observable, insurance benefits are flat (lump sum payments) and do not depend on expenditures. When the severity of the disease is not observable, so that there is ex post moral hazard, this solution is not incentive compatible (for more healthy individuals). The optimal insurance then implies benefits that increase with both types of care. This is because health expenditures reduce informational rents and they are upward distorted. This relaxes the incentive constraint because less healthy individuals value care more than healthy individuals. Even though preventive care is chosen ex ante, when there is no asymmetry of information, it does have an impact on the incentive constraint and thus on informational rents. This is due to two concurring effects. First, prevention is more effective for the more severely ill. Second, these individuals also have a lower marginal utility of income so that a given level of expenditure on preventive care has less impact on their utility.

► **Patient Costs and Physicians' Information**

DICKSTEIN M. J., JEON J. ET MORALES E.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32014)

<https://www.nber.org/papers/32014>

Health insurance plans in the U.S. increasingly use price mechanisms to steer demand for prescription drugs. The effectiveness of these incentives, however, depends both on physicians' price sensitivity and their knowledge of patient prices. We develop a moment inequality model that allows researchers to identify agents' preferences without fully specifying their information. Applying this model to diabetes care, we find that physicians lack detailed price information and are more price-elastic than full-information models imply. We predict that providing physicians detailed information on prices at the point of prescribing can save patients 12-23% of their out-of-pocket costs for diabetes treatment.

► **Lives vs. Livelihoods: The Impact of the Great Recession on Mortality and Welfare**

FINKELSTEIN A. ET NOTOWIDIGDO M. J.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32110)

<https://www.nber.org/papers/w32110>

We leverage spatial variation in the severity of the Great Recession across the United States to examine its impact on mortality and to explore implications for the welfare consequences of recessions. We estimate that an increase in the unemployment rate of the magnitude of the Great Recession reduces the average, annual age-adjusted mortality rate by 2.3 percent, with effects persisting for at least 10 years. Mortality reductions appear across causes of death and are concentrated in the half of the population with a high school degree or less. We estimate similar percentage reductions in mortality at all ages, with declines in elderly mortality thus responsible for about three-quarters of the total mortality reduction. Recession-induced mortality declines are driven primarily by external effects of reduced aggregate economic activity on mortality, and recession-induced reductions in air pollution appear to be a quantitatively important mechanism. Incorporating our estimates of pro-cyclical mortality into a standard macroeconomics framework substantially reduces the welfare costs of recessions, particularly for people with less education, and at older ages where they may even be welfare-improving.

► **Alleviating Worker Shortages Through Targeted Subsidies: Evidence From Incentive Payments in Healthcare**

GANDHI A., OLENSKI A. ET RUFFINI K. J.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32412)

<https://www.nber.org/papers/w32412>

Worker shortages are common in many industries. This paper examines the effect of government subsidies to address these shortages in the context of a reform that tied Medicaid payments to nursing home staffing levels. We find that the reform substantially increased staffing, especially for facilities serving many Medicaid patients. Facilities responded primarily by hiring workers in lower-wage roles rather than increasing hours of incumbent or high-wage staff. This contrasts with null effects we estimate for a non-in-

centivized rate increase, suggesting that the incentive structure of government payments—rather than just the level—is key to boosting employment in sectors facing worker shortages.

► **How You Pay Drives What You Choose: Health Savings Accounts Versus Cash in Health Insurance Plan Choice**

GRUBER J., M. LIN M. ET LIU H.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32331)

<https://www.nber.org/papers/w32331>

A marked feature of health insurance plan choice is inconsistent choices through the overweighting of premiums relative to out-of-pocket spending. We show that this source of inconsistency disappears when both types of spending come from the same source of designated funds. We focus on the MediSave program in Singapore, whereby residents can pay their health insurance premiums with cash or MediSave funds, but are subject to limits that vary by age and over time. By exploiting variations in those limits, we consistently find that when individuals are able to pay their health insurance premiums with MediSave funds, they are less price sensitive and more willing to enroll in more generous plans—which results in lower spending levels and variance, and lower adverse selection in the market. The results suggest a strong role for mental accounting in insurance decisions.

► **Budgetary Allocation and Health For All: Computational Methods For Population Well-Being**

GUARISO D., AGUILAR G. ET ADEWOYIN R.

2024

Rochester, S.S.R.N.

<https://ssrn.com/abstract=4748673>

Objective: To assess the impact of changes in public spending on a wide range of health indicators. Methods: We study the budgetary contraction that occurred in England between 2013 and 2019 compiling extensive data on population outcomes and local government expenditure. Overall, we collect information on 322 unique indicators, spanning 14 health categories. Out of those indicators, 93 had information stratified by the Index of Multiple Deprivation, that we use to assess impact differences between the

top and the bottom of the deprivation distribution. We employ a computational model of policy prioritization that describes the (vertical) causal chains linking public spending to indicators measuring the performance of government programmes across multiple policy dimensions. It accounts for key aspects of public governance and incorporates the complex interlinkages between policy indicators through a network of conditional dependencies. Through the model, we devise an intuitive counterfactual scenario where public spending is increasing, which is estimated using Gaussian Processes. Finally, we measure the effect of budget shrinking through an impact metric developed to assess alternative budgetary allocations. Findings: We find a significant impact on 50 indicators spanning several health categories. Among those with the greatest impact, several belong to the wider determinants of health (e.g., Education, Mental Health, Social Care). The impact does not substantially differ between deprivation deciles. Conclusion: By incorporating the complex links between health domains and modelling the nuances of decision-making processes, computational methods can support public financial management systems oriented towards the goal of Health for All.

► **Etat des lieux du financement de la protection sociale. : Un redressement temporaire sans perspective de retour à l'équilibre à moyen terme**

HAUT CONSEIL POUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2024

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

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/note-sur-le-financement-de-la-pr.html>

Le HCFiPS produit à intervalles réguliers une note présentant l'état des lieux du financement de la protection sociale après le vote des lois financières. La précédente édition, intitulée « Un redressement des comptes incontestable, inégal et fragile » publiée en janvier 2023, revenait sur les perspectives de redressement des comptes à la sortie de la crise sanitaire qui avait affecté fortement les comptes sociaux. Le HCFiPS y évoquait le redressement net observé en 2022 et qui devait se poursuivre en 2023 avec un excédent attendu des administrations de sécurité sociale. Ce redressement ne concernait cependant pas l'ensemble des branches ou des régimes, seules les branches famille, AT-MP et autonomie ainsi que l'assurance chômage et

les retraites complémentaires affichant un excédent tandis que la branche maladie et les régimes de base vieillesse restaient en déficit. L'exercice mené cette année s'inscrit dans la continuité de ces observations, avec trois enseignements majeurs : le redressement des comptes sociaux s'est bien poursuivi en 2023 en conformité avec les prévisions précédentes. Ce redressement apparaît toutefois provisoire pour certaines branches, dans la mesure où 2024 marquerait l'arrêt de l'amélioration des comptes des régimes de base, principalement les branches maladie et vieillesse. Dans ce contexte, les perspectives de désendettement des régimes de base apparaissent compromises. La situation de la dette est préoccupante dans la mesure où, avec la reconstitution des déficits, la perspective d'extinction de la Cades en 2033 apparaît de moins en moins crédible.

► **Tunneling and Hidden Profits in Health Care**

GANDHI A. ET OLENSKI A.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32258)

<https://www.nber.org/papers/w32258>

This study examines “tunneling” practices through which health care providers covertly extract profit by making inflated payments for goods and services to commonly-owned related parties. While incentives to tunnel exist across sectors, health care providers may find it uniquely advantageous to do so. Masking profits as costs, thereby obscuring true profitability, may dissuade regulators from imposing stricter quality standards and encourage public payers to increase reimbursement rates. Likewise, tunneling effectively “shields” assets from malpractice liability risk, by moving them off the firm’s balance sheet. Using uniquely detailed financial data on the nursing home industry, we apply a difference-in-differences approach to study how firms’ stated costs change when they start transacting with a related party, allowing us to infer by how much these payments are inflated. We find evidence of widespread tunneling through inflated rents and management fees paid to related parties. Extrapolating these markups to all firms’ related party transactions, our estimates suggest that in 2019, 63% of nursing home profits were hidden and tunneled to related parties through inflated transfer prices.

► **Income Receipt, Economic Activities, and Health: Evidence From Ambulance Transport Patterns**

IBUKA Y. ET HAMAACKI J.

2024

Manoa, University of Hawaii (Manoa Department of Economics Working Paper 24-01)

https://www.economics.hawaii.edu/research/workingpapers/WP_24-01.pdf

Studies suggest that mortality increases after income receipt. To examine whether the adverse effect of income on health is induced by economic activities and how certain economic activities are related to specific health conditions, we investigate within-month cycles in ambulance transport, utilizing detailed information on the locations of the origin and timing of the transports. Our analysis exploits the difference in the number of patients on the same day between payment and non-payment months, using the Japanese National Pension for the elderly that is distributed bimonthly. We observe a 4.5% increase in ambulance transports on the day of pension payment, primarily attributed to heightened economic activities such as gambling or amusement, shopping, and dining out. We have suggestive evidence indicating that this increase in transport is linked to a relaxation in liquidity. These findings have implications for healthcare system preparedness and the optimal design of public benefit payment.

► **Social Security Developments and Trends – Europe 2024**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENTS IN EUROPE

2024

Genève, A.I.S.S.

<https://www.issa.int/fr/news/social-security-developments-and-trends-europe-new-issa-report>

The new report from the International Social Security Association (ISSA) outlines the major developments and trends for social security in Europe, including recent reform efforts.

► **Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe**

JUSOT F. ET LEMOINE A.

2024

Economie et Statistique (542): 57–78.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8186052?sommaire=8186084>

Garantir l'équité dans l'accès aux soins requiert l'équité dans leur financement si l'on veut éviter les renoncements aux soins ou que les soins ne représentent un fardeau financier trop important pour les patients. Pour cela, il s'agit de s'assurer que les soins des plus pauvres soient subventionnés par les personnes plus riches, mais aussi qu'à revenu donné, les personnes en mauvaise santé ne soient pas exposées à des dépenses trop importantes. En pratique, une partie des dépenses de santé reste à la charge des patients dans tous les systèmes européens. Les restes à charge n'étant payés que par les consommateurs de soins, leur existence peut alors compromettre l'équité dans le financement des soins. Nous évaluons la contribution du reste à charge à l'équité verticale et à l'équité horizontale dans le financement des soins pour les personnes d'au moins 50 ans en Europe. À l'aide d'indices de concentration, nous montrons que l'équité dans le financement n'est pas respectée, en particulier dans les systèmes où le reste à charge est le moins réglementé.

► **Unlocking Reform and Financial Sustainability: NHS Payment Mechanisms For the Integrated Care Age : Exploring the Advantages and Disadvantages of Different Payment Mechanisms in Healthcare**

JONES E., WILLIANSON S. ET BARRON J.

2024

Londres, NHS Confederation

<https://www.nhsconfed.org/publications/unlocking-reform-and-financial-sustainability>

Following the Hewitt review recommendation to consider alternative payment mechanisms within the health system, this discussion paper explores examples of international and domestic payment mechanisms. The paper is intended to support further discussion and debate and to inform future policymaking to support integration. Currently, financial flows within the NHS are fragmented and work against integration.

The different parts of the NHS – primary care, community care and hospital care – are not financially incentivised to work better together. The financial system does not allow all partners within an integrated care system (ICS) to benefit from returns from investments in another part of the system, disincentivising some quality-improving and cost-saving investments. Payment mechanisms, although not a silver bullet, can be a crucial factor in enabling changes in services and behaviour which can boost allocative and technical productivity, including a leftward shift to earlier, more preventative, upstream interventions. This is crucial to improving health outcomes and the financial sustainability of the health and care system given rising demand for services driven by demographic trends. This discussion paper is intended to contribute to policy debate, rather than propose ideal type solutions, and reflect honestly on the advantages and the disadvantages of a range of available payment mechanisms and the different behaviours they can incentivise.

► **Household Finance Under the Shadow of Cancer**

KARPATI D.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4765030

I estimate the causal effects of life expectancy on the financial and economic decisions of working-age adults. Individuals in my sample are healthy but may have inherited a gene mutation that would sharply increase their lifetime risk of cancer. They undergo genetic testing to learn their mutation status. Genetic testing randomizes tested people into two groups. Those who test positive learn that they face a high risk of cancer and a shorter life expectancy. Those who test negative learn that their cancer risk is not elevated and their life expectancy is normal. The differences in outcomes between these two groups identify the effects of life expectancy. I find that life expectancy has a positive effect on financial wealth accumulation among working-age adults, in large part due to a positive effect on labor supply and household income. Other less-liquid wealth elements such as housing wealth are unaffected. Using a baseline of untested individuals, I also find that increases and decreases in life expectancy lead to opposite-signed effects on financial wealth accumulation.

► **The Effects of Patient Cost-Sharing on Adolescents' Healthcare Utilization and Financial Risk Protection: Evidence From South Korea**

KIM S., KOH K. ET LYOU W.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16897)

<https://docs.iza.org/dp16897.pdf>

We examine the effects of patient cost-sharing on adolescents' healthcare utilization and out-of-pocket medical expenditures by exploiting the healthcare reform in South Korea that lowered the coinsurance rate for inpatient care from 20% to 5% for children under 16. We apply a difference-in-regression-discontinuities design using administrative claims data. We find that the reform increased adolescents' inpatient care utilization. It also reduced out-of-pocket healthcare expenditures. This effect was larger among low-income households, facilitating income redistribution. However, the lack of evidence on health improvements and household consumption spending responses suggests that generous patient cost-sharing for adolescent healthcare may cause efficiency losses.

► **The Effects of Medical Debt Relief: Evidence From Two Randomized Experiments**

KLUENDER R., MAHONEY N. ET WONG F.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 14125)

<https://www.nber.org/papers/w32315>

Two in five Americans have medical debt, nearly half of whom owe at least \$2,500. Concerned by this burden, governments and private donors have undertaken large, high-profile efforts to relieve medical debt. We partnered with RIP Medical Debt to conduct two randomized experiments that relieved medical debt with a face value of \$169 million for 83,401 people between 2018 and 2020. We track outcomes using credit reports, collections account data, and a multimodal survey. There are three sets of results. First, we find no impact of debt relief on credit access, utilization, and financial distress on average. Second, we estimate that debt relief causes a moderate but statistically significant reduction in payment of existing medical bills. Third, we find no effect of medical debt relief on mental health on average, with detrimental effects for some groups in pre-registered heterogeneity analysis.

► **Économie de l'obésité**

MATHIEU-BOLH N.

2024

Paris, **Édition de la Découverte**

Au cours des dernières décennies, le problème de l'obésité s'est aggravé partout dans le monde, y compris en France, où 47 % de la population est aujourd'hui soit en surpoids soit obèse. L'obésité entraîne des maladies qui ont des coûts sociaux importants et croissants, affectant les systèmes d'assurance maladie et le marché du travail. Or l'obésité est en grande partie évitable dans la mesure où elle est essentiellement liée à la hausse de l'apport nutritionnel et à la baisse de l'activité physique. La prévention peut se faire à travers diverses mesures de politique publique étudiées par les économistes. Après avoir présenté les faits et tendances sur l'obésité, ce livre offre une synthèse de la littérature économique sur cette maladie. Il donne l'état du savoir sur ses causes économiques, psychologiques, sociales et biologiques. Il expose les conséquences sur l'économie et explique de façon détaillée les résultats avérés ou potentiels des politiques de prévention de l'obésité.

► **Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne**

MINERY S. ET OR Z.

2024

Paris, **Irdes (Les rapports de l'Irdes 590)**

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/rapport-590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.html>

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale, le premier régime d'assurance maladie, introduit par le chancelier allemand Otto von Bismarck à la fin du XIXe siècle. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Le modèle allemand est caractérisé, d'une part, par la coexistence de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée substitutive, qui fournissent ensemble une couverture universelle, et, d'autre part, par une gouvernance décentralisée, donnant un pouvoir de décision important aux organismes corporatistes : associations de caisses d'assurance maladie, d'hôpitaux, de médecins, de psychothérapeutes et de dentistes. En France, malgré une gouvernance très centralisée, l'organisation et le financement des soins restent segmentés. Les dépenses de santé en Allemagne et en France sont parmi les plus

élevées au monde derrière les États-Unis : respectivement, 12,7 % et 12,1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2022. Cette étude comparative des dépenses de santé apporte un éclairage nouveau sur la structure des dépenses de santé dans les deux pays, à partir de données comparables sur les prix et les volumes de soins. En évaluant les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé, elle identifie également des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

► **Exogenous Increases in Basic Income Provisions Increase Preventative Health-Seeking Behavior: A Quasi-Experimental Study**

MOTTA M. ET HAGLIN K.

2024

Charlottesville, **Center for Open Science**

<https://econpapers.repec.org/paper/osfocarx/zpgn3.htm>

Universal Basic Income (UBI) policies have the potential to promote a wide range of public health objectives – including the consumption of healthful food, reducing anxiety associated with financial stressors (e.g., bill payments), and seeing a physician when sick – by providing those who qualify with direct cash payments. One overlooked mechanism of particular importance to health researchers is the possibility that guaranteed income might increase consultation of primary and preventive care (e.g., annual doctors' visits; regular vaccination against infectious disease) by providing people with both the time and monetary resources to do so, thereby improving general health. We remedy this shortcoming by studying the effects of an exogenous shock to Alaska's UBI payments to all state residents: the decision in 2022 to render the dividend's "energy relief" provisions as non-taxable (thereby increasing payments by approximately \$2,000 inflation-adjusted dollars). Quasi-experimental random effects regression modeling procedures suggest that the number of Alaskans who sought primary care post-reform (relative to beforehand) increased by 6pp, which was significantly greater than the same difference (2pp) observed across all other (non-UBI) US States ($\Delta = 4pp$, $p < 0.01$). Relatedly, we detect suggestive evidence that comparatively fewer Alaskans had difficulty affording primary care during this period, although we find less consistent evidence that increased UBI payments increased flu vaccine uptake rates relative to the national average. Our results

suggest that basic income policy ought to be thought about as a form of health policy, as it has the potential to advance a wide range of health objectives related to primary and preventive care.

► **The Economic Burden of Burnout**

NEKOEI A., SIGURDSSON J. ET WEHR D.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4827359

We study the economic consequences of stress-related occupational illnesses (burnout) using Swedish administrative data. Using a mover design, we find that high-burnout firms and stressful occupations universally raise burnout risk yet disproportionately impact low-stress-tolerance workers. Workers who burn out endure permanent earnings losses regardless of gender—while women are three times more susceptible. Repercussions of burnout extend to the worker’s family, reducing spousal income and children’s educational achievements. Through sick leaves, earnings scars, and spillovers, burnout reduced the national labor income by 2.3% in 2019. We demonstrate how estimated costs, combined with a prediction model incorporating workers’ self-reported stress, can improve the design of prevention programs.

► **Economic Evaluation For Health Priority-Setting: Cost-Effectiveness Analysis and Benefit-Cost Analysis Primer**

ROBINSON L. A. ET HAMMITT J. K.
2024

Rochester, S.S.R.N. (Working Paper 3)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4742082

Economic evaluation is a powerful tool, encouraging the systematic collection and assessment of the evidence needed to support sound policy decisions. In low- and middle-income countries, where resources are especially scarce and needs are very great, such decisions are exceptionally difficult. In these settings, economic evaluation can be particularly useful in determining how to best improve health and welfare. Typically, cost-effectiveness analysis (CEA) is used to prioritize interventions within the health care sector. This approach involves comparing monetary costs to non-monetary measures of health impacts, focusing

on how to best invest limited resources to maximize improvements in health. Outside the health care sector, benefit-cost analysis (BCA) is more often used. Under this approach, all impacts, including health, are valued in monetary terms. The focus is on investing to improve welfare more generally, including health and other aspects of wellbeing. Both approaches provide important and useful information, although each has limitations as well as advantages. This working paper introduces and summarizes these economic evaluation methods

► **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : Synthèse documentaire**

SAFON M. O.
2024

Paris (Synthèses & Bibliographies Irdes)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des lois de financement de la sécurité sociale, instaurées en France suite au plan Juppé par la loi constitutionnelle du 22 février 1996. Elle aborde les lois de financement de la Sécurité sociale sous l’angle exclusif des mesures relatives à l’assurance maladie.

Environmental Health

► Bilan Carbone 2024 de L'AP-HP

ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS
2024

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

À l'occasion de la journée de la Terre ce lundi 22 avril 2024, l'AP-HP rend public son bilan carbone, soit plus d'un million de tonnes de CO2 dont le soin en représente la moitié, réalisé sur les données d'activité de 2022. Les principaux postes d'émissions, ont permis de définir la feuille de route décarbonation 2024, avec un objectif de réduction de 2,17 % les émissions de gaz à effet de serre. Pour permettre aux professionnels de santé d'évaluer leurs pratiques et valoriser leur engagement, l'AP-HP propose Carebone®, un outil original de mesure de l'empreinte carbone issue de l'activité de soin.

► Comment choisir un soin durable ? Faisabilité d'un modèle de décision « médico-éco-climatique » pour la prise en charge de la dépression

BRUNN M., MOLINIER G. ET PADGET M.
2024

Paris, L.I.E.P.P. (LIEPP Working paper 162)

<https://sciencespo.hal.science/hal-04534910>

L'impact du système de santé sur le changement climatique est estimé à environ 5 % des émissions totales de carbone au niveau mondial et à 8 % en France. Les systèmes de santé se préparent ainsi à inclure l'empreinte carbone des modes de prise en charge dans leurs processus décisionnels. Les arbitrages en santé sont souvent effectués avec des outils d'aide à la décision standardisés de type évaluation médico-économique. Notre objectif était le développement d'un outil de prise de décision qui prend en compte les émissions de carbone dans la même mesure que les critères d'évaluation actuellement établis : le bénéfice clinique et le coût économique. Nous avons comparé les trois modalités de prise en charge principales de la dépression : 1) la pharmacothérapie ; 2) la psychothérapie ; 3) la combinaison des deux en effectuant une analyse coût-utilité pour le système de santé avec un horizon temporel à cinq ans, à l'aide d'un modèle de décision de type état transition semi-markovien. L'empreinte

carbone a été estimée par Analyse de Cycle de Vie et elle a été convertie en valeur monétaire via le coût social du CO2.

► La santé respiratoire : Un enjeu de santé environnement insuffisamment pris en considération

COUR DES COMPTES
2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-respiratoire>

La Présidence de la commission des affaires sociales du Sénat a saisi la Cour des comptes d'une enquête sur la « santé respiratoire ». Cette dernière vise à évaluer l'efficacité des politiques de prévention et de lutte contre les principales maladies respiratoires que sont la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme et le cancer du poumon. Ces trois pathologies ont été sélectionnées en raison de l'importance du nombre de patients atteints, (10 % des Français souffrent de l'une de ces trois maladies) et des conséquences en termes de qualité de vie, de santé et de dépense publique. S'agissant de leur coût, l'assurance maladie estime en 2021 les dépenses de prise en charge des maladies respiratoires chroniques à 3,7 Md€. À ce montant s'ajoutent 3 Md€ de dépenses d'assurance maladie pour les cancers du poumon, soit un total pour l'ensemble des maladies respiratoires de 6,7 Md€. L'enquête a porté non seulement sur le système de santé, mais aussi sur les objectifs fixés, et les moyens mobilisés pour lutter contre les facteurs de risques environnementaux et leurs conséquences sur la santé respiratoire.

► The Impact of Air Pollution on Drug Expenditure in China: Exploring Chinese Herbal Medicine and Regional Disparities

JU H., TANG Y. ET ZHANG M.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4755967

We quantify the economic costs of air pollution in

China associated with drug expenditures, and explore the heterogeneity across drug types (Western medicine versus Chinese herbal medicine) and across cities in the treatment of respiratory diseases, cardiovascular diseases, and tumors. Firstly, we find that a 1% increase in the annual average of PM2.5 is associated with a 2.96%, 3.59%, and 4.91% rise in per capita expenditure on western medicine (WM) for treating respiratory diseases, cardiovascular diseases, and tumors, respectively. The corresponding combined increase in drug expenditures on WM drugs amounts to 1.00% of annual per capita drug expenditure in our sample. Secondly, Chinese herbal medicine (CHM), a category not explored in prior literature, are important in assessing the response of drug expenditure. Per capita expenditures on CHM drugs for treating the three group of diseases increase by 5.57%, 4.35%, and 4.76% after a 1% increase in PM2.5. Thirdly, socioeconomic factors play a significant role in the observed disparity in drug expenditures. Cities with higher fiscal revenue per resident, greater household disposable income, and a larger proportion of college graduates exhibit larger expenditure responses to air pollution.

► **Labour and Social Policies For the Green Transition: A Conceptual Framework**

KEESE M. ET MARCOLIN L.

2024

Paris, **Ocde (OECD Social - Employment and Migration Working Paper 295)**

https://www.oecd-ilibrary.org/employment/labour-and-social-policies-for-the-green-transition_028ffbeb-en

This paper proposes a conceptual framework for analysing the impact of climate change and mitigation efforts on the labour market, migration flows and people's health. Based on the current economic literature, it describes the likely consequences of climate change and mitigation policies on job creation and destruction, skill needs, income distribution, housing, health and migration. It then discusses the most important policy levers that can speed up labour reallocation and maximise the positive impact of climate change mitigation on health, jobs and incomes while cushioning the potentially negative impacts, thus facilitating the net-zero transition.

► **Europe Sustainable Development Report 2023/24 : European Elections, Europe's Future and the Sustainable Development Goals**

LAFORTUNE G., FULLER G. ET KLOKE-LESCH A.

2024

Paris, **SDSN**

<https://eu-dashboards.sdgindex.org/>

The Europe Sustainable Development Report 2023/24 (5th edition) provides an independent quantitative assessment of the progress by the European Union, its member states and partner countries towards the Sustainable Development Goals (SDGs). In light of the upcoming European Elections and UN Summit of the future, this year's edition identifies 10 priority actions for the incoming EU leadership to accelerate SDG implementation within Europe and internationally. In the context of a fragmented and multipolar world, the ESDR 2023/24 calls for decisive action by the EU to avoid dangerous environmental and social tipping points.

► **Mobilité résidentielle et inégalités à la pollution de l'air : décrire les disparités d'exposition à la pollution de l'air tout au long de la vie selon le revenu**

LE THI C., SUAREZ CASTILLO M. ET COSTEMALLE V.

2024

Montrouge, **I.N.S.E.E. (Document de travail Insee N°202402)**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7767616>

Ce document examine l'exposition différentielle des individus à la pollution en fonction de leur revenu, mesuré par le revenu disponible équivalent. Cette étude apparie des données administratives sur la localisation résidentielle et les mesures de la pollution aux particules fines (PM2.5). Les expositions sont inégales en raison d'un phénomène de localisation résidentielle endogène entre les aires urbaines et au sein de celles-ci. En nous appuyant sur méthode de décomposition d'Oaxaca-Blinder, nous montrons que les 10 % les plus pauvres sont surexposés au sein des zones urbaines, car ils résident dans les communes les plus polluées au sein de ces aires. Nous menons ensuite un exercice contrefactuel pour évaluer le rôle de la mobilité dans le maintien des inégalités. Nous mettons en évidence que les inégalités sont partiellement maintenues par la mobilité au sein des zones

urbaines, par lequel les 10 % les plus riches se relocalisent vers des communes moins polluées de leurs aires urbaines. Nous montrons également que parmi les mobilités ayant lieu autour de différents événements de la vie, les mobilités liées à la naissance d'un enfant ont le plus contribué à creuser les inégalités en matière d'exposition aux PM2.5 depuis 1999

► **The Role of the Health Sector in Tackling Climate Change: A Narrative Review**

OR Z. ET SEPPANEN A. V.

2024

Health policy(143):105053

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000630>

Climate change is one of the largest threats to population health and has already affected the ecosystem, food production, and health and wellbeing of populations all over the world. The healthcare sector is responsible for around 5% of greenhouse gas emissions worldwide and can play a key role in reducing global warming. This narrative review summarized the information on the role of healthcare systems in addressing climate change and strategies for reducing its negative impact to illustrate different types of actions that can support the ecological transformation of healthcare systems to help reaching sustainable development goals. A wide range of green interventions are shown to be effective to reduce the carbon footprint of healthcare and can have a meaningful impact if implemented systematically. However, these would not suffice unless accompanied by systemic mitigation strategies altering how healthcare is provided and consumed. Sustainable healthcare strategies such as reducing waste and low-value care will have direct benefits for the environment while improving economic and health outcomes. The healthcare sector has a unique opportunity to leverage its position and resources to provide a comprehensive strategy for fighting climate change and improving population health and the environment on which it depends.

► **Santé et changements climatiques : allier atténuation, adaptation et prévention en santé**

RÉSEAU FRANÇAIS VILLE-SANTÉ

2024

Rennes, Réseau français ville-santé

<https://villes-sante.com/publications/>

Le dérèglement climatique est un défi majeur pour la santé publique. Si la hausse des températures en est la manifestation la plus emblématique, il se caractérise également par d'autres phénomènes, par exemple une modification des vents, de la couverture nuageuse et des précipitations, ainsi qu'une hausse du niveau des mers et des événements climatiques extrêmes.

► **Ensuring Safety and Health at Work in a Changing Climate**

SCOTT N., GRACZYK H. ET PAPANDREA D.

2024

Genève, O.I.T.

<https://www.ilo.org/publications/ensuring-safety-and-health-work-changing-climate>

Climate change is already having serious impacts on the safety and health of workers in all regions of the world. Workers are among those most exposed to climate change hazards yet frequently have no choice but to continue working, even if conditions are dangerous. Global occupational safety and health (OSH) protections have struggled to keep up with the evolving risks from climate change, resulting in worker mortality and morbidity. This report presents critical evidence related to the impacts of climate change on OSH, to bring attention to the global health threat workers are currently facing. The report addresses the following key issues: Excessive heat; Ultraviolet (UV) radiation; Extreme weather events; Workplace air pollution; Vector-borne diseases and Agrochemicals

► **Plus exposés à la pollution de l'air, les jeunes enfants des ménages modestes, plus fragiles, sont les plus affectés**

SUAREZ CASTILLO M.

2024

Etudes et Résultats (DREES)(1292)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/plus-exposes-la-pollution-de-lair-les-jeunes>

En France métropolitaine, ce sont les jeunes enfants vivant dans les ménages les plus aisés et les ménages les plus modestes qui sont les plus exposés à la pollution de l'air due aux particules fines de moins de 2,5 micromètres. En effet, les plus aisés résident plus souvent dans les grandes aires urbaines, où se concentre la pollution atmosphérique, et les moins aisés dans les communes les plus polluées, au sein de ces aires. Néanmoins, au-delà des différences d'exposition, les fortes disparités de vulnérabilité vis-à-vis de la pollution de l'air doivent être prises en compte, notamment en fonction de l'état de santé, lié également au niveau de vie des parents : les enfants des ménages les plus modestes sont en moins bon état de santé général à la naissance que ceux des ménages les

plus aisés. En termes de recours au système de santé pour cause de maladies respiratoires, sur la période 2008-2017, environ 28 000 enfants de chaque génération sont hospitalisés en urgence pour bronchiolite avant leurs 2 ans et 11 000 pour asthme avant leurs 3 ans. Si l'exposition moyenne annuelle aux principaux polluants atmosphériques diminuait d'environ 1 % sur les 365 premiers jours de vie, ce qui reviendrait par exemple à préserver les enfants de moins de 1 an d'une quinzaine de jours d'augmentation ponctuelle importante de leur exposition à ces polluants, de l'ordre de 2 000 cas hospitalisés en urgence pour bronchiolite, 1 800 cas hospitalisés en urgence pour asthme et 6 100 enfants pris en charge avec des délivrances de médicaments anti-asthmatiques seraient évités. L'effet de la pollution de l'air masque en réalité de fortes disparités : 10 % des enfants concentrent l'essentiel des effets détectables statistiquement lors d'une augmentation de l'exposition avant leur premier anniversaire et sont donc en ce sens les plus affectés. Ces enfants sont caractérisés par un certain nombre de facteurs de risques, comme la prématurité, mais aussi par un niveau de vie plus faible : parmi ces enfants les plus affectés, le dixième le plus modeste est 1,6 fois plus représenté que le dixième le plus aisé.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Données de santé artificielles : analyse et pistes de réflexion**

ALLASSONNIERE S., FRAYSSE J.-L. ET DURRLEMAN S.

2024

Paris, Bot Design

https://static.botdesign.net/docs/VF_Livre_blanc_Donn%C3%A9es_de_sant%C3%A9_artificielles-250424.pdf

Avec la disponibilité de données cliniques de plus en plus nombreuses, dont celles de vie réelle, l'apport de l'intelligence artificielle représente un outil essentiel de l'accélération de la recherche clinique au bénéfice des patients et de la sécurité des soins. Ce livre blanc, propose de mieux comprendre le processus de création des patients artificiels, les différents champs d'application possibles et les limites de ces cohortes de patients, mais surtout de décrire les processus de validation obtenir pour garantir la fiabilité et la repré-

sentativité de ces patients d'un genre nouveau. Cette validité est indispensable avant d'envisager que ces données puissent être utilisées par les autorités sanitaires lors de la mise sur le marché des produits de santé, de leur évaluation dans le cadre de démarches de remboursement mais également pour apporter des garanties aux utilisateurs de ces technologies de santé.

► **Collective Action For Responsible AI in Health**

ANDERSON P.

2024

Paris, Oede (OECD Artificial Intelligence Papers 10)

<https://www.oecd.org/publications/collective-action-for-responsible-ai-in-health-f2050177-en.htm>

Artificial intelligence will have profound impacts

across health systems, transforming health care, public health, and research. Responsible AI can accelerate efforts toward health systems being more resilient, sustainable, equitable, and person-centred. This paper provides an overview of the background and current state of artificial intelligence in health, perspectives on opportunities, risks, and barriers to success. The paper proposes several areas to be explored for policy makers to advance the future of responsible AI in health that is adaptable to change, respects individuals, champions equity, and achieves better health outcomes for all. The areas to be explored relate to trust, capacity building, evaluation, and collaboration. This recognises that the primary forces that are needed to unlock the value from artificial intelligence are people-based and not technical. The OECD is ready to support efforts for co-operative learning and collective action to advance the use of responsible AI in health.

► **Systèmes d’IA générative en santé : enjeux et perspectives**

NORDLINGER B. ET KIRCHNER C.
2024

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/systemes-dia-generative-en-sante-enjeux-et-perspectives/>

La santé est un des domaines majeurs d’application des technologies dites d’Intelligence Artificielle. Tous les domaines de la santé et toutes les spécialités sont concernés. Les systèmes d’intelligence artificielle générative (SIAGen) impressionnent par leur capacité à produire en quelques secondes des textes souvent pertinents, mais aussi parfois erronés. Leurs champs d’applications dans le domaine de la santé sont vastes et peuvent aller de l’aide à la rédaction de notes d’information à la rédaction de thèses ou de projets de programme de recherche. Pour les utiliser à bon escient il est important d’en connaître les principes de fonctionnement. Les SIAGen fonctionnent à partir d’auto-apprentissage basé sur un nombre extrêmement élevé d’exemples, ce qui est très différent de l’approche humaine, qui s’appuie sur l’expérience, le contexte et un système de valeurs. Ils génèrent des textes avec une grande rapidité mais ne sont pas entraînés à rechercher ou à dire la vérité. Une validation humaine est donc toujours nécessaire. Par ce rapport, l’Académie nationale de médecine explicite plusieurs de ces avancées pour la santé, décrit les enjeux d’éthique associés et recommande des points d’actions à mettre en œuvre sans délai.

► **Ethics and Governance of Artificial Intelligence For Health : Guidance on Large Multi-Modal Models**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2024

Genève, O.M.S.

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

The WHO guidance on Ethics & Governance of Artificial Intelligence for Health is the product of eighteen months of deliberation amongst leading experts in ethics, digital technology, law, human rights, as well as experts from Ministries of Health. While new technologies that use artificial intelligence hold great promise to improve diagnosis, treatment, health research and drug development and to support governments carrying out public health functions, including surveillance and outbreak response, such technologies, according to the report, must put ethics and human rights at the heart of its design, deployment, and use. The report identifies the ethical challenges and risks with the use of artificial intelligence of health, six consensus principles to ensure AI works to the public benefit of all countries.

► **Exploring the Digital Health Landscape in the WHO European Region: Digital Health Country Profiles**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2024

Genève, O.M.S.

<https://iris.who.int/handle/10665/376540>

In the midst of a rapidly changing landscape in digital health, the health sector is experiencing a profound transformation marked by the growing integration of digital health technologies. This shift not only offers a multitude of benefits but also revolutionizes the dynamics between patients and health-care providers within the health-care system. This collection of country profiles – based on the 2022 Survey on Digital Health in the WHO European Region – explores the ways in which. Member States are reshaping their health-care systems through the integration of digital health. The profiles indicate critical digital health components at the national level, including digital health governance, electronic health records, patient portals, telehealth, mobile health, and big data and analytics. Analysing these elements provides insights into how each Member State strategically navigates the swiftly evolving landscape of digital health.

► **Données de santé : libérer leur potentiel**

ROS E.

2024

Paris, Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/publications/donnees-de-sante-liberer-leur-potentiel>

Cette note avance cinq propositions pour accélérer l'utilisation secondaire des données de santé et favoriser leur potentiel : 1. Mettre en place des règles de standardisation des bases de données afin d'assurer leur interopérabilité. 2. Développer un réseau d'entrepôts de données de santé dédiés à la médecine de ville. 3. Intégrer au sein des établissements de santé, des Data Pôles chargés de définir une stratégie des données de santé. 4. Faire émerger un modèle économique de la donnée grâce à des contrats et tarifications types permettant de favoriser le partage des données de santé et de rémunérer les producteurs de bases. 5. Créer une culture de la donnée auprès des professionnels et des citoyens grâce à des campagnes de sensibilisation et la création d'un registre national d'opposition.

► **Information Disclosure Via Platform Endorsement in Online Healthcare**

ZHAN J., ZHANG X. ET FU H.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4726380

Online healthcare platforms enhance healthcare access and equity by removing geographic barriers and facilitating doctors to serve underprivileged patients. However, they exacerbate information asymmetry due to the vast number of doctors available online. To mitigate this and to motivate leading doctors to improve their practices, platforms have introduced endorsements, awarding select doctors badges for exceptional performance. This study investigates the impact of platform endorsement on both patients' demand and doctors' decisions on pricing, quantity, the mix between free and paid services, and quality by exploiting a leading Chinese platform's "Good Doctor of the Year" endorsement program. Using the Generalized Synthetic Control method, we find that endorsement boosts demand for endorsed doctors, who respond by increasing prices and provision of paid services while maintaining service quality. However, we find that endorsement leads to an unintended consequence of a decrease in free services provided by endorsed doctors, thereby disadvantaging underprivileged patients. Notably, this reduction in free services is more pronounced among "pro-social" doctors due to their reluctance to raise prices and limited capacity. These findings highlight the need for platforms and policymakers to understand the nuanced impacts of information disclosure on doctors' decisions and the potential unequal effects across different groups of patients in online healthcare, a sector with significant societal implications.

Health Status

► **La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme**

ANDLER R., QUATREMER G. ET RICHARD J. B.
2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(2): 22-31
https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html

La consommation d'alcool, très élevée en France, expose à de nombreux risques pour la santé, à court et long terme. Au cours des dernières décennies, les modes de consommation ont fortement évolué. L'objectif de cet article est de présenter un panorama de la consommation d'alcool en France en 2021 à partir de l'enquête Baromètre de Santé publique France, actualisant les constats datant de 2017 en France hexagonale et 2014 dans les départements ultramarins et permettant d'apprécier les tendances sur près de 30 ans. Méthode. Les données utilisées proviennent des éditions 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017 et 2021 des Baromètres de Santé publique France, enquêtes téléphoniques sur échantillon aléatoire réalisées auprès d'adultes de 18-75 ans résidant en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les indicateurs présentés sont issus du module de questions Audit-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption version courte). Les tendances de long terme révèlent une baisse des consommations quotidienne et hebdomadaire au cours des dernières décennies, faisant écho aux baisses des volumes de vente. En revanche, le phénomène des alcoolisations ponctuelles importantes suit des tendances récentes contrastées : plutôt en diminution parmi les jeunes hommes, il tend à augmenter parmi les femmes de plus de 35 ans. Des disparités régionales sont également observées. Les modes de consommation d'alcool continuent d'évoluer et la mise en place d'actions de prévention pour réduire les risques induits par la consommation d'alcool reste nécessaire.

► **Exercise or Extra Fries? How Behaviors Impact Health over the Life Cycle**

BAIROLIYA N., MILLER R. ET NYGAARD V. M.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4730783

Leveraging a unique thirty-year panel of U.S. registered nurses, we explore why individuals who appear ex-ante homogeneous in their health when entering adulthood experience divergent health outcomes as they age. We find that among those entering adulthood in good health, individuals in the top diet quality or exercise deciles at age 30 are roughly 50% more likely to maintain a healthy weight and have no chronic diseases three decades later, compared to those in the bottom deciles. Behaviors exhibit strong persistence, though exercise exhibits more long-term persistence than diet. While individuals might enter adulthood with healthy weight and no diseases, they vary in their health types due to factors like birth conditions, adolescent weight, and family disease history, which we find significantly affects weight and disease progression over time. To disentangle the role of initial conditions from behaviors in determining health trajectories, we propose a novel structural framework of endogenous health evolution. The model accounts for two sources of fixed heterogeneity—health types derived from data and unobserved exercise types inferred from long-term exercise patterns—in addition to differences in diet habits, weight, and diseases. We find that initial conditions account for one-third of the variance in weight at older ages. While course correction through behaviors can only partially make up for poor initial conditions at the onset of adulthood, promoting healthy behaviors can reduce total healthcare expenses by at least 8%, or \$100 billion annually.

► **Parcours de soins de l'adulte avec des symptômes prolongés de la Covid-19**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024

Saint-Denis La Plaine (Guides méthodologiques. Has)

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3507843/fr/parcours-de-soins-de-l-adulte-avec-des-symptomes-prolonges-de-la-covid-19

La HAS a été saisie par le ministre de la Santé pour « élaborer un guide parcours de soins pour le Covid long afin de préciser le rôle de chaque professionnel, l'articulation entre les différents acteurs et niveaux de prise en charge des patients présentant un état post-Covid, selon la nature de leurs troubles et la complexité de leur situation. Il s'agit d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes, réduire l'errance médicale, faciliter et harmoniser l'organisation de la prise en charge sur l'ensemble du territoire ». Ce guide concerne la population des adultes et adolescents de 15 ans ou plus. La population des enfants et adolescents de moins de 15 ans sera abordée dans un autre guide.

► **Adolescent Hazardous Drinking and Socioeconomic Status in France: Insights into the Alcohol Harm Paradox**

LEGLEYE S., KHLAT M., AUBIN H. J., BRICARD; D.
2024

Journal of Adolescent Health 74 (3): 458-465

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X2300513X>

The “alcohol harm paradox” has been evidenced among adults, but it is still largely unexplored among adolescents. We examined in a sample of French adolescents the relation between family socioeconomic status (SES), family living arrangement and parental substance use on 1 hand, and heavy episodic drinking (HED), lifetime alcohol-induced emergency room visits (A-ERV), and number of alcoholic drinks and solitary drinking during the last episode on the other hand. A cross-sectional nationwide survey in March 2017 involved 13,314 French adolescents aged 17–18.5 years. They completed a pen and paper questionnaire about their own and their parents' alcohol and tobacco consumption. We used risk ratios (RRs) from modified Poisson regressions to assess the relationships. Adolescents from the lowest SES had reduced likelihood of reporting 1–2 or 3–5 episodes of heavy

drinking compared to those from the highest SES (RR=0.58, 95% confidence interval=[0.50; 0.66] and 0.35 [0.27; 0.45]), but no difference for six or more episodes (RR=0.81 [0.59; 1.12]). Our findings reveal an “alcohol harm paradox” in late adolescence in France. Lower SES adolescents exhibit reduced HED but were more likely to consume large quantities alone and experience A-ERV.

► **The Impact of Trust in Physicians on the Development of Health For Adolescents: Empirical Evidence From China**

LIU N.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4681289

This study uses discontinuities in trust in physicians during one's growth to estimate its impact on the health of adolescents. It identifies the effects by exploiting the threshold cutoff of adolescents and adults, and dynamic variation of trust in physicians as age increases. High levels of trust in physicians improve adolescent health more than adults and the adult stage of the same individuals, where there is a discontinuous cutoff of TP between adolescents and adults, and the high trust in physicians held in the adolescent stage decreases in the adult stage. These effects may be explained by theories of trust origins, and the critical window of trust establishment, the adolescent stage, plays an important role in the development of TP, health, as well the impact of TP on health.

► **Changer les comportements de santé : les perspectives de l'économie comportementale**

MARSAUDON A.
2024

Questions d'Économie de la santé (Irdes)(287)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-287-changer-les-comportements-de-sante-les-perspectives-de-l-economie-comportementale.html>

L'économie comportementale connaît depuis une vingtaine d'années un essor important et, plus récemment encore, dans le champ de la santé. Elle est fondée sur la théorie des perspectives - développée par Daniel Kahneman et Amos Tversky, deux psychologues - qui

introduit les notions de point de référence et d'aversion à la perte. Ces deux notions ont permis d'enrichir l'analyse économique des comportements des individus et permettent de proposer de nouveaux outils visant à améliorer l'impact des politiques publiques. Nous proposons ici une synthèse des principaux enseignements de l'économie comportementale appliquée au champ de la santé. Quel est l'apport de ces nouvelles approches pour la compréhension des comportements de santé? Quels nouveaux outils peut-elle proposer pour les politiques visant à encourager des comportements de santé sains ou, au contraire, à décourager des comportements dommageables pour la santé?

► **Étude épidémiologique sur l'état de santé, le recours aux soins et à la prévention des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2019-2022**

MONDEILH A., BRABANT G. ET HAIDAR S.
2024

[Bulletin épidémiologique hebdomadaire\(4\): 48-67.](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/4/2024_4_1.html)
https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/4/2024_4_1.html

L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé, le recours aux soins et à la prévention (dont la couverture vaccinale des enfants contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)) de familles de gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, en lien avec leurs conditions de vie.

► **Beating Cancer Inequalities in the EU : Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection**

OCDE
2024

[Paris, Ocd](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/beating-cancer-inequalities-in-the-eu_14fdc89a-en)
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/beating-cancer-inequalities-in-the-eu_14fdc89a-en

Cancer causes almost a quarter of all deaths in the EU27, Norway and Iceland, with five new cancer cases diagnosed every minute in 2022. Assessing and improving cancer care from prevention to treatment is essential for promoting longer, healthier lives. This report addresses the latest trends in cancer incidence and mortality in the EU and reviews key cancer risk factors, cancer screening programmes and early diagnoses, and issues in the provision of high-quality cancer care. Country performance, cross-cutting challenges and new developments are examined with a particular

focus on disparities by regions, socio-economic status and gender. The report provides policy makers with fiscal, regulatory and health systems organisation tools, as well as examples of initiatives that can be undertaken in primary care, workplaces, and schools to better control cancer and counter inequalities.

► **The Double Burden of Severe Mental Illness and Cancer: A Population-Based Study on Colorectal Cancer Care Pathways From Screening to End-Of-Life Care**

SEPPANEN A. V., DANIEL F., HOUZARD S., *et al.*
2024

[Epidemiology and psychiatric sciences e27](https://doi.org/10.1017/S2045796024000234)
<https://doi.org/10.1017/S2045796024000234>

Cancer is one of the main causes of death in persons with severe mental illness (SMI). Although their cancer incidence is similar, or sometimes even potentially lower compared to the general population, their cancer mortality remains higher. The role of healthcare provision and care equity in this mortality is increasingly being addressed in research, but available studies are limited in their scope. In this context, our aim was to compare colorectal cancer (CRC) care pathways from screening to end-of-life care in patients with and without pre-existing SMI on a national scale.

Geography of Health

► **Geographic Inequalities in Accessibility of Essential Services**

ALMEIDA V., HOFFMAN C. ET KONING S.
2024

Paris, Ocede (OECD Social - Employment and Migration Working Paper 307)

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/geographic-inequalities-in-accessibility-of-essential-services_12bab9fb-en

People's ability to access essential services is key to their labour market and social inclusion. An important dimension of accessibility is physical accessibility, but little cross-country evidence exists on how close people live to the services facilities they need. This paper helps to address this gap, focusing on three types of essential services: Public Employment Services, primary schools and Early Childhood Education and Care. It collects and maps data on the location of these services for a selection of OECD countries and links them with data on population and transport infrastructure. This allows to compute travel times to the nearest service facility and to quantify disparities in accessibility at the regional level. The results highlight substantial inequalities in accessibility of essential services across and within countries. Although large parts of the population can easily reach these services in most countries, some people are relatively underserved. This is particularly the case in non-metropolitan and low-income regions. At the same time, accessibility seems to be associated with the potential demand for these services once accounting for other regional economic and demographic characteristics.

► **A French Classification to Describe Medical Deserts: A Multi-Professional Approach Based on the First Contact with the Healthcare System**

BONAL C., PADILLA C., CHEVILLARD G., *et al.*
2024

International journal of health geographics 23(5)

<https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-024-00366-7>

Increasing inequalities in accessibility to primary care has generated medical deserts. Identifying them is key

to target the geographic areas where action is needed. An extensive definition of primary care has been promoted by the World Health Organization: a first level of contact with the health system, which involves the co-presence of different categories of health professionals alongside the general practitioner for the diagnosis and treatment of patients. Previous analyses have focused mainly on a single type of provider while this study proposes an integrated approach including various ones to define medical deserts in primary care. Method: Our empirical approach focuses on the first point of contact with the health system: general practitioners, proximity primary care providers (nurses, physiotherapists, pharmacies, laboratories, and radiologists), and emergency services. A multiple analysis approach was performed, to classify French municipalities using the information on the evolution and needs of health care accessibility, combining a principal component analysis and a hierarchical ascending classification. Results: Two clusters of medical deserts were identified with low accessibility to all healthcare professionals, socio-economic disadvantages, and a decrease in care supply. In other clusters, accessibility difficulties only concern a part of the health supply considered, which raises concern for the efficiency of primary care for optimal healthcare pathways. Even for clusters with better accessibility, issues were identified, such as a decrease and high needs of health care supply, revealing potential future difficulties. Conclusion: This work proposes a multi-professional and multi-dimensional approach to medical deserts based mainly on an extensive definition of primary care that shows the relevance of the co-presence of various healthcare professionals. The classification also makes it possible to identify areas with future problems of accessibility and its potential consequences. This framework could be easily applied to other countries according to their available data and their health systems' specificities.

► **Monetary Flows For Health Mobility: The Italian NHS From a Network Perspective**

CARNAZZA G., LAGRAVINESE R. ET LIBERATI P.
2024

Bari, Université de Bari Aldo Moro (Series WP 01/24)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4748395

This study investigates the dynamics of health care mobility in Italy, where citizens have the freedom to access medical treatment across regions. More than half a million patients, primarily from the Southern regions, engage in healthcare mobility, resulting in a total expenditure of €3.7 billion in 2019. Leveraging a unique dataset spanning from 2002 to 2019, this research examines financial transactions, utilizes network analysis, and identifies influencing factors through a gravity model. Socioeconomic disparities and the availability of specialized services are key drivers of this mobility. Regions with higher healthcare quality and the presence of private licensed hospitals attract a larger number of patients. This study offers valuable insights into the intricacies of interregional healthcare mobility, which can inform healthcare policy and promote regional equity considerations.

► **Médecine de ville : quelle contribution des médecins généralistes nés et diplômés à l'étranger à la réduction des inégalités d'accès géographique aux soins**

CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V. ET MOUSQUES J.

2024

Podcast n° 2. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html>

En médecine de ville, les exemples de collectivités territoriales faisant appel à des médecins diplômés à l'étranger se développent dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et d'inégale répartition de celle-ci sur le territoire, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes. Ces expérimentations locales peuvent-elles contribuer à résoudre les problèmes de l'accès aux soins dans les déserts médicaux ? Et sont-elles généralisables à l'ensemble des territoires français sous-dotés ?

► **Les territoires de la promotion de la santé**

RIOS GUARDIOLA L.

2024

Horizon pluriel(39)

https://promotion-sante-bretagne.org/wp-content/uploads/2024/01/hp39_web.pdf

► **Cartes de France de l'accès aux soins. : Soignants et patients face aux inégalités territoriales**

VIGNERON E., BLEUZEN-HER E. ET BOCTOR A.

2024

Paris, Fondation Jean Jaurès

<https://www.jean-jaures.org/publication/cartes-de-france-de-lacces-aux-soins-soignants-et-patients-face-aux-inegalites-territoriales/>

Certaines régions françaises sont-elles vraiment des déserts médicaux ? Dans quelle mesure les Français peinent-ils à obtenir des rendez-vous chez un médecin généraliste, un cardiologue ou un gynécologue ? Afin de dresser un panorama le plus précis possible de l'accès à la médecine de ville dans les territoires, des statistiques concernant 75 000 professionnels de santé utilisateurs de Doctolib et près de 200 millions de consultations tenues en France en 2023 ont été décryptées dans cette enquête inédite, complétée d'une dizaine d'analyses de géographes, professionnels de santé et élus locaux. C'est ainsi la réalité des inégalités territoriales de santé que l'on peut ainsi appréhender dans toute sa complexité

Disability

► **An Integrated Approach to Service Delivery For People with Multiple and Complex Needs**

ADAMS A. ET HAKONARSON H.
2024

Paris, Ocde (OECD Social - Employment and Migration Working Paper No. 305)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/an-integrated-approach-to-service-delivery-for-people-with-multiple-and-complex-needs_d837a06a-en

Increasingly, integrating or joining up public services to improve service users' access to, and experience of those services is being viewed as fundamental to ensuring personalised services are effective in addressing the multiple and often complex needs of those in vulnerable situations. These are service users who often require a range of tailored and, in some cases, specialised supports and services from more than one agency or service provider. This working paper provides an overview of promising approaches OECD countries are taking to integrating service delivery for care experienced young people, people with disabilities, and people leaving prison. The aim of making this paper available is to support policymakers who are seeking new or improved approaches to improving the outcomes of those who rely on personalised services.

► **Effects of Childhood Cognitive and Behavioral Disabilities on Adult Economic Outcomes**

CORMAN H., NOONAN K. ET REICHMAN N.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32103)

<https://www.nber.org/papers/w32103>

Developmental disabilities are not rare among U.S. children and rates have been increasing in recent decades. The increases have been driven by cognitive and behavioral disorders. While some studies have investigated the effects of specific childhood conditions, particularly ADHD, on adult economic outcomes, none has considered the overall effects of cognitive and behavioral disabilities. We address this key gap by rigorously estimating effects of cognitive and behavioral impairments in childhood, which account for the

bulk and increasing share of child disability cases in the U.S., on a set of salient adult economic outcomes. Using the National Longitudinal Survey of Youth 79 Child Supplement, we estimate the effects of low cognitive test scores and high behavior problem scores in childhood on receipt of disability benefits, educational attainment, employment, wages, and access to transportation and credit in adulthood, using household fixed effects models to control for potentially confounding factors that are unobserved. We find significant effects in the expected direction for both cognitive and behavioral childhood disabilities on all outcomes. The findings have important implications for well-being over the life course for a non-trivial share of the U.S. population and their families, government expenditures, and public policy.

► **Conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et points de vue des malades**

ESPAGNACQ M., GUILLAUME S., LERAY E., *et al.*
2024

Questions d'économie de la sante (Irdes)(289)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/289-consequences-financieres-de-la-mise-en-invalidite-des-personnes-atteintes-de-sclerose-en-plaques.pdf>

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie neurologique débutant chez le jeune adulte entre 20 et 40 ans, dont l'évolution s'étend sur plusieurs décennies. En France, elle touche environ 134 000 personnes. La dégradation progressive de l'état de santé, associée à une espérance de vie supérieure à 65 ans, a des conséquences importantes à long terme sur le maintien en emploi. Elle pose aussi la question de la compensation financière liée aux difficultés à mener une activité professionnelle normale. Pour un tiers des personnes, l'arrêt de l'activité professionnelle, après de nombreux arrêts maladie, précède l'entrée en invalidité. Cependant, si les personnes atteintes de SEP passent rapidement en invalidité dans les années suivant la mise en ALD, cette mise en invalidité n'est pas synonyme de l'arrêt total du travail à court terme. L'état de santé de ces personnes les contraint à se mettre précocement en invalidité sans pour autant cesser

complètement leur activité professionnelle. La date d'entrée en invalidité par rapport au déroulement de la carrière professionnelle, les règles de cumul de salaire et de pension et l'hétérogénéité des situations vis-à-vis de la couverture prévoyance privée conduisent à des situations très différentes.

► **Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019**

ESPAGNACQ M., DANIEL F. ET REGAERT C.

2022

[Questions d'économie de la sante \(Irdes\)\(272\)](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/272-reperer-les-usagers-de-fauteuils-roulants-en-france-et-calculer-leur-reste-a-charge-a-partir-des-donnees-du-snds.pdf)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/272-reperer-les-usagers-de-fauteuils-roulants-en-france-et-calculer-leur-reste-a-charge-a-partir-des-donnees-du-snds.pdf>

La création en 2021 de la cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie et le débat sur la nécessité d'une grande loi sur son financement mettent en lumière les enjeux d'amélioration de la connaissance de ce secteur. Cette étude fait partie d'un programme de recherche (Fish) qui a pour objectif, en s'appuyant sur les données administratives issues des remboursements des soins par l'Assurance maladie (SNDS), d'améliorer la connaissance des limitations fonctionnelles en France. Ce premier travail s'intéresse aux usagers des fauteuils roulants afin d'en évaluer le nombre, de connaître leur profil (âge, sexe), le type de fauteuil qu'ils acquièrent et à quel coût, en distinguant les dépenses d'assurance maladie et le reste à charge.

Hospital

► **Pricing Innovation in Surgical Care Markets**

CHEN A., FREEDMAN S., MUNNICH E., *et al.*

2024

[Cambridge, N.B.E.R. \(NBER Working Paper Series 32439\)](https://www.nber.org/papers/w32439)

<https://www.nber.org/papers/w32439>

Technological innovation in medical services can improve health, but its ability to reach patients often depends on price signals for downstream providers, which can also be discordant across production inputs. We examine such a context when Medicare sharply revises facility fees while holding physician fees constant for advanced surgical care performed within certain outpatient settings. Industry-wide output for impacted cases increases via market expansion, and indirectly affected physicians devote more labor supply to these cases by sacrificing other outpatient and inpatient surgical volumes. Government price setting for healthcare facilities spills over onto physicians impacting their technology utilization and time allocations.

► **Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19**

DUBOIS Y.

2024

[Etudes et Résultats \(Drees\)\(1299\)](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/nombre-de-lits-en-reanimation-ladaptation-du)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/nombre-de-lits-en-reanimation-ladaptation-du>

Cette étude examine l'adaptation des capacités d'accueil en soins critiques pendant la crise due au Covid-19. S'appuyant sur les données issues de l'enquête statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cette étude analyse l'évolution du nombre de lits en soins critiques et plus particulièrement en réanimation, entre fin 2019 et fin 2022, afin de faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19

► **Evènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences : une analyse des déclarations faites par les professionnels et les établissements de santé**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3517331/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-les-services-des-urgences-une-analyse-des-declarations-faites-par-les-professionnels-et-les-etablissements-de-sante

Depuis plusieurs années, le fonctionnement des services des urgences fait l'objet de tensions en France. Celles-ci sont liées, entre autres, à des difficultés en ressources humaines, à l'augmentation continue du nombre de passages aux urgences, parfois pour des situations ne le justifiant pas, et à des afflux périodiques importants de patients, surtout en période hivernale lors d'épidémies virales. Les tensions rencontrées par les services des urgences peuvent avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins. De ce fait, plusieurs travaux missionnés par le ministère de la Santé et de la Prévention et le Sénat se sont attachés, ces dernières années, à essayer de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients. La HAS a souhaité apporter son concours à ces travaux en analysant les EIGS qu'elle reçoit. La HAS publie pour la première fois une analyse des EIGS en lien avec les services des urgences. Il n'est donc pas possible d'étudier une éventuelle évolution dans le temps des causes de ces EIGS.

► **Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023**

OR Z., CARTAILLER J., LE BAIL M.
2024

Paris, Irdes (Série Atlas)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/ouvrage-009-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-onze-interventions-chirurgicales.html>

Ce deuxième Atlas des variations de pratiques médicales, dans la continuité du premier Atlas publié en 2016, dresse l'état des lieux et suit l'évolution des taux de recours à onze interventions chirurgicales entre 2014 et 2019. Cet Atlas élargit également le cadre du suivi et de l'évaluation des variations des pratiques en France en proposant trois nouveaux indicateurs de processus et de qualité des soins : le taux de chirurgie ambulatoire, l'utilisation des protocoles de Récupération améliorée après chirurgie (Raac) et le taux de réadmission à 30 jours. L'Atlas permet ainsi d'illustrer de façon objective les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et leur évolution sur une période de cinq ans, afin d'interroger leurs causes et leur pertinence. Il vise à inciter les professionnels de santé à comparer et à questionner leurs pratiques, entre eux et avec les institutionnels et les usagers du système de santé, afin de partager la notion de variation des pratiques médicales. C'est une condition indispensable à l'amélioration non seulement de la qualité mais aussi de l'équité des soins.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Etude de la double pénalité de pauvreté en France : Edition 2022**

ACTION TANK ENTREPRISE ET PAUVRETÉ
2024

Paris, Action Tank Entreprise et Pauvreté

<https://www.at-entreprise-pauvrete.org/toutes-nos-publications/etude-de-la-double-penalite-de-pauvrete-en-france-2022/>

La « double pénalité de pauvreté » désigne le fait que

les ménages pauvres doivent, en plus de subir un pouvoir d'achat plus faible, payer un même bien ou service plus cher par unité de consommation que le consommateur « médian ». En 2022, on estime que la double pénalité brute annuelle s'élève à 1 536€, soit 8,7 % des dépenses. Certaines aides permettent de réduire ses effets à 96€ de double pénalité nette annuelle, soit 0,6 % des dépenses. Néanmoins, selon leurs profils et capacité à bénéficier ou non de ces aides, de nombreux ménages sont confrontés à une double pénalité nette

qui peut atteindre plusieurs milliers d'euros par an.

► **Doing More For Less? : A Mixed-Methods Analysis of the Experience of Primary Care Networks in Socioeconomically Deprived Areas**

BEECH J., SMITH J. ET FRASER C.

2023

Londres, Health Foundation

<https://www.health.org.uk/publications/reports/doing-more-for-less>

General practice in England is under growing pressure. This is often most acute in more deprived areas, which have fewer doctors and less funding compared with practices in wealthier areas after accounting for health needs. Primary care networks (PCNs) were established in England in 2019, bringing together general practices into local groups to provide additional services to patients. Backed by extra funding, PCNs were expected to recruit new staff, deliver additional appointments and new services, and work to improve health and reduce health inequalities. This report explores the impact of national policies on PCNs in more deprived areas, using analysis of workforce and funding data, and interviews with PCN leaders about their experiences. PCN leaders broadly welcome additional staffing and report that PCNs have enabled better collaboration between local general practices and links with other local services. But leaders also felt funding does not reflect the additional workload of caring for patients in deprived areas. Many spoke of challenges engaging patients facing multiple social and economic barriers to good health. In some cases, recruiting and retaining PCN staff in deprived areas was difficult. PCNs in areas of high deprivation need funding that meets the greater needs of their populations. But with the right long-term resources, stability and organisational support, PCNs could represent an important route for addressing local health inequalities.

► **Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021**

DA SILVA M. A., GRAVEL N. ET SYLVAIN-MORNEAU J.
2024

Québec, I.N.S.P.Q.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3476>

Au Québec, la création d'un indice de défavorisation a initialement été motivée par l'absence de données socio-économiques dans les bases de données administratives. Ainsi, pour suivre l'évolution des inégalités sociales relatives à certains problèmes de santé, comme la mortalité, la morbidité hospitalière et l'utilisation des services de santé, le développement d'un proxy de type écologique s'est avéré nécessaire. L'objectif premier de ce proxy est d'assigner à chaque individu une information socio-économique territoriale grâce à une clé de passage entre la géographie de ces territoires et celle disponible dans les bases administratives. Ce faisant, l'indice facilite la surveillance des inégalités sociales de santé à l'échelle canadienne et à l'échelle québécoise, de la fin des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Bien qu'il ait été démontré que l'indice de défavorisation sous-estime les véritables inégalités de santé (Pampalon, Hamel, Gamache, 2009), il demeure la meilleure alternative en l'absence d'information socio-économique individuelle.

► **Santé des femmes en situation de précarité**

FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

2024

Paris, Fédération des Acteurs de la Solidarité

https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2024/03/Mars-2024_Plaidoyer-Sante-et-Droits-des-femmes_VF_web.pdf

De l'importance de prendre en considération le sexe et le genre en santé pour l'accompagnement des femmes en situation de précarité. En matière de santé, les obstacles liés à la précarité au sexe et au genre se conjuguent donc et peuvent plus encore s'aggraver pour les femmes migrantes, les femmes en situation de handicap ou pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux.

► **Sick of Your Poor Neighborhood? Quasi-Experimental Evidence on Neighborhood Effects on Health**

HASAGER L. ET JORGENSEN M.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16949)

<https://www.iza.org/de/publications/dp/16949/sick-of-your-poor-neighborhood-quasi-experimental-evidence-on-neighborhood-effects-on-health>

Does living in a low-income neighborhood have negative health consequences? We document causal neighborhood effects on health by exploiting a Spatial Dispersal Policy that quasi-randomly resettled refugees across neighborhoods from 1986 to 1998. Refugees allocated to low-income neighborhoods had a 12 percent higher risk of having developed a lifestyle related disease 8 to 15 years after immigration compared with those allocated to high-income neighborhoods. Our results suggest that interaction with neighbors and the characteristics of the immediate environment are important determinants for health outcomes. Differences in health care access, ethnic networks, and individual labor market outcomes cannot explain our findings.

► **Human Capital Spillovers and Health: Does Living Around College Graduates Lengthen Life?**

BOR J.H. ET CUTLER D. M.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32346)

<https://www.nber.org/papers/w32346>

Equally educated people are healthier if they live in more educated places. Every 10 percent point increase in an area's share of adults with a college degree is associated with a decline in all-cause mortality by 7%, controlling for individual education, demographics, and area characteristics. Area human capital is also associated with lower disease prevalence and improvements in self-reported health. The association between area education and health increased greatly between 1990 and 2010. Spatial sorting does not drive these externalities; there is little evidence that sicker people move disproportionately into less educated areas. Differences in health-related amenities, ranging from hospital quality to pollution, explain no more than 17% of the area human capital spillovers on health. Over half of the correlation between area

human capital and health is a result of the correlation between area human capital and smoking and obesity. More educated areas have stricter regulations regarding smoking and more negative beliefs about smoking. These have translated over time into a population that smokes noticeably less and that is less obese, leading to increasing divergence in health outcomes by area education.

► **Socioeconomic Inequality in Life Expectancy: Perception and Policy Demand**

JESSEN L. J., KOEHNE S. ET NUSS P.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16780)

<https://www.iza.org/publications/dp/16780/socioeconomic-inequality-in-life-expectancy-perception-and-policy-demand>

Using survey experiments in the United States and Germany with 12,000 participants, we examine perceptions of life expectancy inequality between rich and poor people. The life expectancy of the poor is underestimated more than that of the rich, leading to exaggerated perceptions of inequality in both countries. Receiving accurate information narrows concerns about this inequality. However, the impact of information on policy demand is limited because support for policies addressing life expectancy for the poor is consistently high, regardless of varying perceptions of inequality. We conclude that there is strong and unconditional public support for health equity policies.

Pharmaceuticals

► **Inciter à prescrire des médicaments biosimilaires : évaluation d'une expérimentation de partage de gains entre les hôpitaux et l'Assurance maladie en France**

ATTIA V., GAINI M., MAUGENDRE E., *et al.*
2024

Economie et statistique (542): 147–168.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8186061>

Cet article évalue l'effet d'une incitation à la prescription hospitalière de médicaments biosimilaires délivrés en ville, combinant un partage des gains entre les hôpitaux et l'Assurance maladie à un reversement direct de l'incitation auprès des services prescripteurs. S'appuyant sur les données du Système national des données de santé, on compare la part de biosimilaires prescrits par les hôpitaux publics sélectionnés à celle d'établissements comparables, avant et après la mise en place de l'incitation. D'octobre 2018 à septembre 2021, l'expérimentation a conduit à une hausse de la part de biosimilaires de 6,0 et de 10,8 points de pourcentage respectivement pour les prescriptions d'insuline glargine et d'étanercept. On estime qu'elle a engendré une économie de 0,5 % de la dépense pour l'insuline glargine et de 0,1 % pour l'étanercept. L'incitation a augmenté très significativement la prescription de biosimilaires, mais les économies pour l'Assurance maladie sont modérées, notamment en raison d'évolutions de prix des médicaments plus rapides que l'ajustement des incitations et d'effets d'aubaine.

► **Nothing For Something: Marketing Cancer Drugs to Physicians Increases Prescribing Without Improving Mortality**

CAREY C., DALY M. ET LI J.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32336)

<https://www.nber.org/papers/w32336>

Physicians commonly receive marketing-related transfers from drug firms. We examine the impact of these relationships on the prescribing of physician-administered cancer drugs in Medicare. We find that prescribing of the associated drug increases 4% in the twelve

months after a payment is received, with the increase beginning sharply in the month of payment and fading out within a year. A marketing payment also leads physicians to begin treating cancer patients with lower expected mortality. While payments result in greater expenditure on cancer drugs, there are no associated improvements in patient mortality.

► **Avis 145 : Le cadre de l'évaluation éthique de la recherche clinique : Favoriser la recherche clinique sans affaiblir la protection des personnes**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
2024

Paris, C.C.N.E.

<https://www.ccne-ethique.fr/publications/avis-145-le-cadre-de-levaluation-ethique-de-la-recherche-clinique-favoriser-la>

Cet avis examine les enjeux éthiques liés à la recherche biomédicale et formule dix recommandations pour concilier une recherche clinique de qualité mais simplifiée avec le respect des principes éthiques fondamentaux.

► **Le médicament sous haute tension**

FIDEL D.
2024

Médecins : bulletin de l'Ordre national des médecins(90): 14-17.

Ces derniers mois, les flux de médicaments sont sous les feux de la rampe. On les dit trop consommés, trop prescrits ou trop autoprescrits et surtout trop souvent absents des officines. Mais qu'en est-il réellement ? Après plusieurs années de décrue, la consommation de médicaments des Français semble repartir à la hausse et la surconsommation d'antibiotiques à large spectre ne diminue pas réellement. Dans le même temps, la pénurie de médicaments révélée lors de la crise sanitaire s'aggrave d'année en année, poussant le gouvernement à prendre des mesures fortes, notamment pour relocaliser la production et améliorer l'information.

► **Securing Medical Supply Chains in a Post-Pandemic World**

OCDE
2024

Paris (OECD Health Policy Studies Ocde)

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

Secure medical supply chains are a cornerstone of resilient health systems. Medical supply chains are complex and internationalised, often involving many suppliers. The COVID-19 pandemic, which combined an unprecedented surge in demand with interruptions in supply and trade, exacerbated pre-existing, rising

shortages of essential medicines, such as antibiotics and anaesthetics, and generated shortages of medical devices, such as face masks and respirators. This report offers insights into the risks and vulnerabilities of the supply chains of medicines and medical devices. Policy options to anticipate and mitigate risks of shortages of medicines and medical devices, both routinely and in the context of severe crises, are analysed. Most importantly, the report shows that strengthening the long-term resilience of medical supply chains requires collaborative approaches that balance measures best undertaken by the private sector with those more appropriately managed by governments or supranationally.

Méthodologie - Statistique

Methodology- Statistics

► **A Brief Tour of Economic Epidemiology Modelling**

BOUCEKKINE R., CHAKRABORTY S. ET GOENKA A.
2024

Louvain-la-Neuve, L.I.D.A.M. (Lidam Discussion Paper Ires 2023 / 06)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4712403

Prior to the Covid-19 crisis, the integration of epidemiology and economics that is, economic epidemiology modelling (epi-econ) in literature was relatively limited. The first fully integrated general equilibrium model, (Goenka et al., 2014) was published in the Journal of Mathematical Economics (JME). The emergence of the Covid-19 crisis has prompted an unprecedented surge in the epi-econ literature. The JME has actively contributed to this area by publishing a special issue on epi-econ modelling (Volume 93) and publishing papers within this area. This survey primarily explores these JME papers along these lines: macroeconomics and policy, microeconomics and economic behavior, and mathematical advances. The survey looks ahead to some emerging areas in this literature.

► **Former et se former en recherche qualitative**

MORRISSETTE J., DEMAZIERE D. ET DUPONT-LECLERC M. M.

2024

Sainte-Foy, Presses de l'Université de Laval (Québec)

Les méthodes qualitatives sont, en comparaison avec des méthodes statistiques ou expérimentales, peu décomposées en opérations élémentaires et codifiées, en formules précises et standardisées. Pour les professeures et professeurs d'université, cela remet en question les modes de transmission et d'appropriation de méthodes irréductibles à des techniques ou des outils prêts à l'emploi. Du côté des étudiantes et des étudiants des cycles supérieurs, ceux-ci peuvent s'interroger sur les apprentissages réalisés dans différents contextes interactifs informels qui jouent un rôle socialisant en leur permettant d'articuler et de confronter leurs croyances épistémiques et méthodologiques. Cet ouvrage présente des contributions combinant ces deux perspectives au sein d'analyses réflexives relatives aux apprentissages du qualitatif faits dans des contextes informels et aux innovations pédagogiques qui visent à socialiser la relève et à lui donner une culture en recherche qualitative.

► **End-Of-Life Surveys in the French Overseas Departments : Data Collection Protocol**

PENNEC S., GAYMU J. ET MARKOU E.

2024

Paris, Ined (Document de travail (INED) 290)

https://archined.ined.fr/view/Gy50ZY0B5SjJ34vm_7nz

The purpose of this research is to give an overview of end-of-life conditions in the French overseas departments (Martinique, Guadeloupe, French Guiana and La Réunion). The aim is to see in what ways they differ from those pertaining in metropolitan France and document what public policy changes would be needed to meet these departments' particular needs. The first research strand explores possible inequalities in medical care at this stage of life between the four overseas departments and metropolitan France : do the same individual or general situations receive the same medical care everywhere? A second strand focuses on implementation of the two laws that grant rights to end-of-life patients in France : the law of 22 April 2005 and that of 16 February 2016. It compares medical practice with the provisions of the legislation

and describes how much patients and their families know about these laws and their application. The third strand considers the more sociological aspects regarding family and social context at this stage of life, how patient care and support is organised and who is involved. Patients' families were asked about their perceptions and expectations, with a view to improving quality of life for caregivers and hence also for people in their last stage of life.

► **L'épidémiologie sociale : Concepts, méthodes et exemples d'application**

VUILLERMOZ C., DEGUEN S. ET MELCHIOR M.

2024

Rennes, E.H.E.S.P.

<https://www.press.es.hesp.fr/auteur/maria-melchior/>

Cet ouvrage pratique a pour but de sensibiliser et d'améliorer la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Il permet aussi bien d'acquérir les concepts théoriques que d'appréhender les méthodes de recueil et d'analyses de données.

Politique de santé

Health Policy

► **An Integrated Approach to Service Delivery For People with Multiple and Complex Needs**

ADAMS A. ET HAKONARSON H.

2024

Paris, Ocdé (OECD Social - Employment and Migration Working Paper No. 305)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/an-integrated-approach-to-service-delivery-for-people-with-multiple-and-complex-needs_d837a06a-en

Increasingly, integrating or joining up public services to improve service users' access to, and experience of those services is being viewed as fundamental to ensuring personalised services are effective in addressing the multiple and often complex needs of those in vulnerable situations. These are service users who often require a range of tailored and, in some cases, specialised supports and services from more than one

agency or service provider. This working paper provides an overview of promising approaches OECD countries are taking to integrating service delivery for care experienced young people, people with disabilities, and people leaving prison. The aim of making this paper available is to support policymakers who are seeking new or improved approaches to improving the outcomes of those who rely on personalised services.

► **Uncertainty in Healthcare Policy Decisions: An Epidemiological Real Options Approach to COVID-19 Lockdown Exits**

DE MELLO-SAMPAYO F.

2024

York, H.E.D.G. (New Economics working Papers)

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/2024/2401.pdf>

Uncertainty significantly influences healthcare policy decisions, especially regarding lockdown exits amid pandemics. This paper examines different uncertainties affecting stay at-home and essential workers concerning COVID-19 exposure. Using an epidemiological real options model, we assess how uncertainty impacts the decision to end lockdown without causing disease resurgence. Results indicate higher policy-change value lengthens the lockdown delay. Greater shock correlation between stay-at-home and mask-only populations reduces this value, leading to earlier lockdown exits. The findings bridge discrepancies between public health recommendations and policymakers' actions. Integrating options theory enables more informed decision-making by considering uncertain risks and outcomes.

► **La politique de périnatalité : Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier**

COUR DES COMPTES
2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-perinatalite>

Alors que les moyens consacrés à la politique de périnatalité augmentent (9,3 Md€ en 2021, soit +9 % par rapport à 2016) et que la natalité recule (-5,3 % sur la même période), les résultats observés sur le plan sanitaire posent la question de l'efficacité des moyens alloués. Les principaux indicateurs de la santé périnatale – mortalité néonatale et mortalité maternelle – mettent en évidence une performance très médiocre de la France par rapport aux autres pays européens. L'hexagone se situe en effet au 22^e rang sur 34 pays européens en termes de mortalité néonatale. La notion de périnatalité est définie, dans ce rapport, par la période allant de la fin du premier trimestre de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant. La fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement représentent une période sensible pour le développement de l'enfant. De nombreux facteurs déterminent son bien-être physique, psychique, et son développement émotionnel ou cognitif. Ils peuvent avoir des effets immédiats, mais aussi s'exprimer tout au long de la vie de l'individu, et avoir des conséquences considérables sur le niveau des dépenses de santé. Dans ce cadre-là, l'évaluation de la politique publique relative à la périnatalité poursuit et approfondit les précédents travaux de la Cour des comptes en matière de santé

de la femme et de l'enfant et de l'organisation des soins afférente.

► **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : 3e rapport au président de la République**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2024

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

<https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-l-Institut-publique-son-3e-rapport-au-president-de-la-Republique>

L'Institut national du cancer présente dans ce rapport d'avancement annuel au président de la République les principales réalisations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers en 2023.

► **Notre santé nous appartient : Un état des lieux clair sur notre système de soin pour agir maintenant**

LONDEIX P. ET MARTIN J.
2024

Paris, Armand Colin

La santé est une des préoccupations principales des Français. Pourtant nous remettons nos vies à d'autres que nous : institutions, pouvoirs politiques, laboratoires pharmaceutiques, groupes industriels, lobbyistes. Il en résulte une situation alarmante qui se traduit par la saturation des services hospitaliers, le manque de prévention, l'augmentation des déserts médicaux et des pénuries de médicaments. Dressant un état des lieux clair de notre système de santé, premiers concernés, usagers et patients, prennent la parole et unissent leurs voix à celles de soignants, sociologues, experts des questions du médicament, journalistes et spécialistes de l'éthique dans les essais cliniques. Réunis pour la première fois dans cet ouvrage, tous refusent de déposer les armes et opposent à la résignation, à l'indifférence ou à la minimisation qui traversent le champ politique, des solutions concrètes.

► **NEED : évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société**

MAERTENS DE NOORDHOUT C. ET LEVY M.
2024

Bruxelles, K.C.E.

<https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/un-cadre-pour-évaluer-les-besoins-non-rencontrés-liés-à-la-santé>

Grâce aux formidables progrès médico-scientifiques réalisés ces dernières décennies, un nombre croissant de problèmes de santé peuvent être de mieux en mieux traités. Pourtant, il subsiste aussi de nombreux besoins auxquels l'offre actuelle ne répond pas ou pas suffisamment. Pour mieux cibler ces besoins non rencontrés, il faut toutefois commencer par identifier et évaluer les lacunes. Quelles sont les maladies qui restent mal desservies ? Qu'est-ce qui manque vraiment aux personnes qui en sont atteintes ? Quel est le poids d'un problème de santé donné pour la collectivité ? C'est à ces questions cruciales que s'intéresse NEED, un projet de grande envergure porté par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et Sciensano, en collaboration avec plusieurs autres institutions fédérales. Dans sa nouvelle étude, l'équipe de recherche présente un cadre scientifique qui servira de base à l'évaluation des besoins non rencontrés des patients et de la société et qui permettra, à terme, d'aider tous les acteurs de la santé et de l'innovation en santé à mieux en tenir compte lorsqu'ils prennent des décisions ou fixent leurs priorités.

► **Avis du Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires (COVARS) du 3 Avril 2024 Evaluation des Risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-203**

COMITÉ DE VEILLE ET D'ANTICIPATION
DES RISQUES SANITAIRES
2024

Ministère chargé de la recherche

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2024-04/avis-du-covars-du-3-avril-2024---sse-32661.pdf>

Le Comité de Veille et d'Anticipation des Risques sanitaires (COVARS), saisi par M. le Ministre de la Santé et de la Prévention et Mme la Ministre de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, a analysé les risques de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) majeures

susceptibles de survenir dans les 2 à 5 prochaines années, aussi bien en métropole que dans les territoires d'outre-mer, en excluant le champ des risques NRBC et du bioterrorisme. En accord avec la saisine, le COVARS a considéré que devait être développée une approche basée sur les concepts d'« Une seule santé » et de l'exposome, dans le contexte de risque international du fait de la dispersion géographique des territoires français et de l'absence de frontières des risques infectieux et environnementaux. De plus, si certaines menaces infectieuses déjà présentes ou émergentes exposent particulièrement au risque de SSE majeure, d'autres dangers chroniques concernant toute ou une fraction importante de la population, tels que les facteurs environnementaux, entraînent des risques sanitaires majeurs et doivent être pris en considération.

► **Climat, Energie : décarbonons le secteur de l'autonomie. Rapport final**

SHIFT PROJECT
2024

Paris, The Shift Project

<https://theshiftproject.org/article/decarbonons-autonomie-shift-rapport-final/>

Les premiers calculs montrent que le secteur de l'autonomie émet aujourd'hui autour de 10 millions de tonnes d'équivalent CO₂ par an soit environ 1,5 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. Si rien n'est fait, ces émissions pourraient augmenter de plus de 40 % d'ici 2050. En cause : la hausse des besoins de prise en charge d'une population française vieillissante. Ce nouveau rapport propose aux acteurs de la branche Autonomie un ensemble de leviers et d'actions de décarbonation quantifiés.

Social Policy**► Améliorer la prise en charge à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance : l'accompagnement vers l'autonomie : Volet 2**HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024**Saint-Denis La Plaine, Has**https://www.has-sante.fr/jcms/p_3352139/fr/ameliorer-la-prise-en-charge-a-la-sortie-des-dispositifs-de-protection-de-l-enfance-volet-2-l-acces-a-l-autonomie-note-de-cadrage

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes accompagnées à leur sortie des dispositifs de protection de l'enfance, s'inscrivent dans un programme en deux volets. Le premier volet, publié en 2021, vise à améliorer la prise en charge des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance, dans le cadre d'un retour en famille. Ce second volet s'attache à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance des adolescents atteignant la majorité et des jeunes majeurs, ainsi que des mineurs émancipés de plus de 16 ans. Cette RBPP propose un cadre méthodologique et pratique propice à la qualité de l'accompagnement jeune majeur, centré sur la consolidation de l'autonomie. Elle tient compte des nouvelles postures et modalités d'intervention à engager pour s'adresser aux adolescents devenus majeurs, positionnés comme acteurs premiers et décisionnaires de leur parcours de vie. Les multiples temporalités à l'œuvre autour du jeune majeur et le recours indispensable à des tiers en vue de la sortie définitive des dispositifs sont également pris en compte

► Quelles protections pour les enfants en placement longue durée ? Approche comparée France-QuébecSIFFREIN-BLANC C. ET LAVALLÉE C.
2024**Paris, ONPE**<https://onpe.gouv.fr/appele-offre/appels-projets-ouvert-2021>

Le placement d'un enfant peut parfois s'étaler sur une longue période pendant laquelle il se trouve séparé de ses parents. Se pose alors la question de la préservation des liens familiaux au regard du besoin fondamental de sécurité de cet enfant. Les législations française et québécoise, qui affichent toutes deux le besoin de sécuriser les parcours des enfants, ont répondu à cette problématique en adoptant des modèles différents. Au Québec, dès les premiers articles de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), le cadre est posé en affirmant que l'intérêt de l'enfant est la considération primordiale dans sa mise en œuvre (art. 3 LPJ) et que toute décision prise sur son fondement « doit viser la continuité des soins ainsi que la stabilité des liens d'un enfant et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge » (art. 4 LPJ). En France, la question de la sécurité du parcours de l'enfant a émergé plus tardivement. La sécurité et la permanence des liens sont alors des objectifs à atteindre, mais ils ne semblent pas constituer la considération primordiale ni pour le juge des enfants ni pour l'aide sociale à l'enfance. Alors que le Québec aménage légalement des situations de placement sur une longue durée lorsque le retour n'est pas possible, en France, les placements longs résultent plutôt de renouvellements successifs des placements à durée déterminée, conservant une idéologie du retour dans la famille d'origine. Pour mieux comprendre les effets du placement long sur la sécurisation du parcours de ces enfants, la présente étude documente les deux systèmes de droit par une recherche herméneutique traditionnelle, jointe à une analyse de la jurisprudence. La recherche repose également sur une étude qualitative qui consiste en une analyse empirique de dossiers sociaux et judiciaires d'enfants placés à long terme en France et au Québec

Prevention

► **The European COvid Survey (ECOS):
Technical Report**

SABAT I., NEUMANN-BÖHME S. ET STARGARDT T.
2024

**Ancôme, Universita Politecnica Delle Marche (HCHE
Research Paper n° 30)**

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwhcherp/284369.htm>

European COvid Survey (ECOS), a longitudinal study spanning eight European countries, was initiated early in the COVID-19 pandemic. Its purpose was to comprehend public perceptions, trust, knowledge, and behaviors related to COVID-19, including vaccination. The study aimed to enable timely monitoring and assess relationships between these variables, producing evidence for policy and research in Europe. ECOS pursued a dual objective: first, conducting quick descriptive analyses at the end of fieldwork to produce policy-relevant evidence and share timely findings on sentiments toward containment policies, vaccinations, and vaccine types through press releases and events. These findings were valuable as they were both prompt and representative of national populations. Second, ECOS aimed to address health-economic research questions for an academic audience, utilizing advanced analytic methodologies. The resulting data-based research from ECOS provided an empirical foundation to understand longitudinal phenomena and relationships, contributing to a deeper comprehension of socioeconomic processes and behaviors during the COVID-19 pandemic. Importantly, it offered informed findings for policymakers to shape effective responses and policies. This technical report provides an account of the design, development, and methodology of 11 data collections henceforth referred to as waves of the survey, which were fielded between April 2020 and December 2022.

► **Taux de participation au programme
de dépistage organisé du cancer du sein
2022-2023 et évolution depuis 2005**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2022-2023-et-evolution-depuis-2005>

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein français invite tous les deux ans les femmes de 50 à 74 à effectuer un examen clinique des seins et une mammographie de dépistage. Il propose un bilan diagnostique immédiat en cas de résultats suspect et une deuxième lecture de chaque mammographie normale en première lecture. Le programme est généralisé à tout le territoire français depuis 2004. Le dépistage est coordonné au niveau régional par les Centres Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers (CRCDC). Les taux de participation à ce programme, calculés pour les années 2005 à 2023, sont présentés ci-dessous, au niveau national, départemental et régional.

► **Barriers and Facilitators to the HPV
Vaccine: A Multicenter Qualitative Study
of French General Practitioners**

TRON A., SCHLEGEL V. ET PINOT J.
2024

Archives of public health 82(2)

<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-023-01227-8>

Twenty-six GPs aged 29–66 years were interviewed. The measures taken by the French health authorities (lowering the target age, reimbursing the vaccine, extending the target population to boys) were perceived as facilitators. The reported barriers were organizational, due to low attendance of adolescents, and relational, mainly due to parental vaccine hesitancy. Physicians had to deal with fears about the perceived risks and concerns about sexuality conveyed by HPV vaccination and linked to the socio-cultural characteristics of the families. Physicians developed strategies, including scientific knowledge mobilization, empowerment of fam-

ilies by promoting health through prevention, repetition of the vaccination proposals, personal experience and relationship. Different practices were identified according to three GP typologies: effective, convinced but unpersuasive, and reluctant physicians.

► **La recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination en France depuis le Covid-19 – 1ère édition**

WARD J., PRIVAULT S. ET TOUZET H.

2024

Villejuif, Cermes

<https://shs-vaccination-france.com/la-recherche-sur-les-aspects-humains-et-sociaux-de-la-vaccination-en-france-depuis-le-covid-19-1ere-edition/>

La recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination a connu un développement spectaculaire en France depuis le début de l'épidémie de Covid-19. Cette thématique a attiré des chercheurs des différentes disciplines des sciences humaines et sociales mais aussi des disciplines médicales intéressées par la vaccination dans tous ses aspects. Le dynamisme et la richesse des travaux produits depuis 2020 en France constituent une opportunité de faire considérablement avancer la compréhension des aspects humains

et sociaux de la vaccination. Ce rapport, publié en anglais et en Français, sera actualisé annuellement pour inclure les nouvelles publications et résultats. Les chapitres se présentent comme un résumé des connaissances disponibles, un recensement des travaux publiés et la mise au jour de points aveugles de la recherche sur chacune des thématiques. Nous montrerons notamment que la majorité des travaux existant se sont concentrés sur les attitudes et comportements du public. Or, les sciences humaines et sociales peuvent éclairer une grande diversité d'aspects de la vaccination dont les questions organisationnelles, les processus de décision publique, les inégalités d'accès, les enjeux éthiques, les mobilisations sociales, les controverses publiques, jusqu'à la manière dont la recherche est conduite et l'expertise instituée. Le rapport se déploie en cinq chapitres. Le premier est dédié à la question des recommandations vaccinales et de l'expertise sur laquelle elles se fondent. Le second traite de l'organisation des campagnes de vaccination et des politiques vaccinales. Le troisième recense les travaux portant sur les attitudes et comportements de vaccination tandis que le quatrième se penche sur les professionnels de santé. Enfin, le dernier chapitre traite des aspects communicationnels, mobilisations publiques et débats médiatiques suscités par les vaccins.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Améliorer l'organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Évaluation d'expérimentations territoriales dans six régions**

AUGE E., BRICARD D. ET RAYNAUD D.

2024

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes n°591)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/591-ameliorer-la-prise-en-charge-des-patients-insuffisants-renaux-chroniques.pdf>

A l'heure de la mise en place du forfait maladie rénale chronique et des réflexions actuelles relatives aux expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale sur l'évolution des modalités de financement afin d'inciter à la prévention, à

la coopération entre les professionnels et à l'amélioration de la qualité de prise en charge, l'objectif de cette étude est de mesurer l'impact des expérimentations de l'article 43 sur les parcours de soins des patients insuffisants rénaux chroniques, et d'identifier les changements organisationnels mis en place. Ces expérimentations ont permis le financement de projets pilotes pour améliorer le parcours de soins et l'autonomie des patients insuffisants rénaux chroniques au sein de six régions.

► **Dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3517462/fr/dispositif-d-evaluation-de-la-qualite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-bilan-annuel-2023

Depuis 2002, les ESSMS sont tenus de faire procéder à une évaluation de la qualité des prestations qu'ils

délivrent aux personnes accompagnées. La démarche, renouvelée, s'ancre aujourd'hui dans l'objectif plus large d'amplifier la dynamique d'amélioration continue de la qualité dans les structures pour répondre au plus près aux besoins des publics concernés, tout en respectant leurs attentes. Le bilan annuel du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux reprend, pour l'année 2023 : les données quantitatives relatives au déploiement du dispositif d'évaluation de la qualité; une première photographie du niveau de qualité des ESSMS; des retours d'expérience de structures évaluées en 2023

Psychiatrie

Psychiatry

► **Macroeconomics of Mental Health**

ABRAMSON B. ET BOERMA J.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32354)

<https://www.nber.org/papers/w32354>

We develop an economic theory of mental health. The theory is grounded in classic and modern psychiatric literature, is disciplined with micro data, and is formalized in a life-cycle heterogeneous agent framework. In our model, individuals experiencing mental illness have pessimistic expectations and lose time due to rumination. As a result, they work less, consume less, invest less in risky assets, and forego treatment which in turn reinforces mental illness. We quantify the societal burden of mental illness and evaluate the efficacy of prominent policy proposals. We show that expanding the availability of treatment services and improving treatment of mental illness in late adolescence substantially improve mental health and welfare.

► **The Causal Impact of Education on Mental Health and Explanatory Mechanisms**

AYGUN A. ET TIRGIL A.

2024

Gysa, E.R.F (ERF Working Paper 1703)

<https://erf.org.eg/publications/the-causal-impact-of-education-on-mental-health-and-explanatory-mechanisms/>

This paper investigates the causal relationship between education and mental health in Turkey. We rely on the quasi-experimental setting created by the 1997 compulsory education reform that raised the compulsory years of schooling from five to eight years. Using regression discontinuity design, we use the birth year to indicate reform exposure and identify the causal effects of longer years of schooling on mental health. Our results demonstrate a sizable negative impact of education on the mental health scale. We present evidence that the reform had a more adverse effect on men's mental health. There is also heterogeneity by the place of residence, as the longer school years led people who live in urban areas to experience worse mental health outcomes. By investigating possible mechanisms, we show that those with at least a middle school education did not invest more in their health than those without a middle school diploma. We explain the evidence for the adverse effects of education on mental health, especially experienced by those who face higher competition in the labor market, by the lack of an increase in household income despite the longer years in school.

► **Faire savoir l'expérience**

CHAMBON N., PICOLET E., SPERANZA J., *et al.*
2024

Rhizome(88-89)

<https://orspere-samdarra.com/rhizome/cahiers-de-rhizome-n88-89-faire-savoir-lexperience-janvier-2024/>

Alors que la pair-aidance se développe et se formalise dans les champs sanitaires et sociaux, et que le savoir expérientiel s'institutionnalise, c'est plus globalement la question de la place de l'expérience et du savoir associé qui se pose aux métiers de la relation et aux institutions. Ce Cahier de Rhizome explore les savoirs expérientiels (de la précarité, des troubles de santé mentale, de la migration) et ses pratiques. Les différents articles font échos les uns aux autres et participent à faire évoluer la connaissance portée aux liens entre vulnérabilité sociale et santé mentale.

► **Grande Précarité et troubles psychiques
- Intervenir auprès des personnes
en situation de grande précarité
présentant des troubles psychiques**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques

Les recommandations « grande précarité et troubles psychiques » visent à améliorer l'accès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques à des soins et un accompagnement adaptés ainsi que la qualité et la pertinence des interventions en définissant des repères communs (postures, pratiques, organisations) aux acteurs intervenant auprès de ces publics.

► **The Importance of Existing Social
Protection Programs For Mental Health
in Pandemic Times**

CHO Y, MOLINA T.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion paper; 16737)

<https://docs.iza.org/dp16737.pdf>

When it comes to mental health, do social protection programs matter more in times of crisis? Using panel

data from the Philippines around the onset of the COVID-19 pandemic, this study compares depression rates among beneficiaries of an existing conditional cash transfer program to those of non-beneficiaries of similar socioeconomic status. Depression rates were almost identical for the two groups in late 2019, but significantly lower for conditional cash transfer beneficiaries by July 2020, after the initiation of strict quarantine measures and a large emergency cash transfer program. One interpretation of the increased importance of the conditional cash transfer program during the pandemic is that these transfers have larger protective effects in times of vulnerability. Another possible reason is that the existing infrastructure of the program, by allowing for more timely distribution of the emergency cash, enhanced the effectiveness of the government's pandemic response for conditional cash transfer beneficiaries. This paper finds evidence supporting both explanations.

► **Prévalence des pensées suicidaires
et tentatives de suicide chez les 18-85
ans en France : résultats du Baromètre
santé 2021**

LEON C. ET DU ROSCOAT E.
2024

Bulletin épidémiologique hebdomadaire(3): 42-56.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

En 2021, 4,2 % des 18-85 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Au total, 6,8 % déclaraient une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,5 % au cours de l'année écoulée. Parmi les 18-75 ans, la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées dans l'année était en légère baisse depuis 2014, tandis que celle des tentatives de suicide au cours de la vie s'était stabilisée aux alentours de 7 %. Le résultat principal est une augmentation importante des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans, observée depuis une dizaine d'année. Cette étude confirme la détérioration de la santé mentale des jeunes adultes observée par ailleurs à partir des données de passage aux urgences et d'hospitalisation. En parallèle de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide et du renforcement des dispositifs de prise en charge, une meilleure compréhension des mécanismes qui affectent la santé mentale des plus jeunes depuis la pandémie de Covid-19 s'avère nécessaire en vue de renforcer les politiques de prévention.

► **Talking Therapy: Impacts of a Nationwide Mental Health Service in England**

OPARINA E., KREKEL C. ET SRISUMA S.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16839)
<https://docs.iza.org/dp16839.pdf>

Common mental health problems impose significant costs on individuals and societies, yet healthcare systems often overlook them. We provide the first causal evidence on the effectiveness of a pioneering, nationwide mental health service for treating depression and anxiety disorders in England using non-experimental data and methods. We exploit variations in waiting times to identify treatment effects, based on a novel dataset of over one million patients that well represent the English population. Our findings show that treatment improved mental health and reduced impairment in work and social life. We also provide suggestive evidence of enhanced employment. However, effects vary across patients, services, and areas. The programme is cost-effective and provides a blueprint for treating mental health in other countries.

► **Adolescents' Mental Health and Human Capital: The Role of Socioeconomic Rank**

PAFFENHOLZ M.
2024

Mannheim, Deutsche Forschungsgemeinschaft (CRC TR 224 Discussion paper 526)
<https://www.crctr224.de/research/discussion-papers/archive/dp526>

This article provide evidence on the causal effects of a student's relative socioeconomic status during high school on their mental health and human capital development. Leveraging data from representative. US high schools, I utilize between-cohort differences in the distributions of socioeconomic status within schools in a linear fixed effects model to identify a causal rank effect. I find that a higher rank during high school improves a student's depression scores, cognitive ability, self-esteem and popularity. The rank effects are persistent with long-lasting consequences for adult depression and college attainment. Additional analyses emphasize the role of inequality in exacerbating these rank effects

► **La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale - Résultats de l'enquête EnCLASS 2022 : Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2024

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/571369/4058702>

Points saillants qui ressortent de cette enquête : La majorité des élèves de collège et de lycée se perçoivent en bonne santé et sont satisfaits de leur vie actuelle. 59 % des collégiens et 51 % des lycéens présentent un bon niveau de bien-être mental. 21 % des collégiens et 27 % des lycéens déclarent un sentiment de solitude. La présence de plaintes somatiques et/ou psychologiques récurrentes concerne 51 % des collégiens et 58 % des lycéens. 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque important de dépression. 24 % des lycéens déclarent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 13 % avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et environ 3 % une tentative avec hospitalisation. La santé mentale et le bien-être des élèves se dégradent durant le collège et ne s'améliorent pas au lycée. Globalement, les filles présentent une santé mentale moins bonne et un niveau de bien-être moins élevé que les garçons. Sur la période 2018- 2022, les collégiens et les lycéens ont connu une dégradation de leur santé mentale et de leur bien-être, plus marquée chez les filles.

► **Longer Working Hours and Maternal Mental Health: A Comparison of Single Vs Partnered Mothers**

SIMPSON J., WILDMAN J. ET BAMBRA C.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16875)
<https://docs.iza.org/dp16875.pdf>

Single mothers have experienced increasing work requirements both in the UK and in other developed countries. Little is known how increasing working hours may have affected their mental health. We investigate the impact of increasing working hours on mental health of single mothers, and compare this relationship to that for partnered mothers. We used 13 waves of the UKHLS (2009-2023) to estimate the relationship between changing working hour categories (1-16 hour per week vs. 17-25; 26-35; 36-40; and 41+)

and mental health using fixed-effects models. We also investigated the role of potential mechanisms linking higher working hours and mental health, including role strain and additional income. Our findings suggest that increasing working hours from low (1-16 hours per week) to higher categories has a negative and progressively worsening relationship with the mental health of single mothers. Increasing hours to 17-25, 26-35, 36-40, and 41+ is associated with lower GHQ-12 scores by -0.7, -0.5, -0.8, and -1.1 respectively. For partnered mothers, there is no significant relationship with mental health across any of the higher working hour categories. Further analyses suggest increased role strain for single mothers as a mechanism helping explain these differences. We have found that higher working hours relative to part-time may be contributing to the worsening mental health of single mothers, at least in part due to increased role strain of having to balance work and family responsibilities. Such effects should be considered when developing future welfare policies for single mothers, to ensure that greater work requirements do not undermine the mental health of the already vulnerable population group.

► **Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements**

TOUITOU-BURCKARD E., GANDRE C., COLDEFY M.,
et al.

2024

Questions d'Économie de la santé (Irdes) (286)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.html>

L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise et ne devant être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. En France, la réduction de leur usage, inscrite à l'agenda politique international, figure parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie lancée en 2018 et s'appuie sur un nouveau cadre législatif à visée dissuasive. Dans ce contexte, cette étude fournit des données récentes sur le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale, et propose un panorama inédit de la population concernée et des variations du recours à ces mesures entre établissements de santé, en amont d'une deuxième étude qui visera à en caractériser les

déterminants. En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements, certains d'entre eux n'en faisant aucun usage. L'ampleur des variations suggère qu'elles ne peuvent être justifiées par des différences de besoins des populations prises en charge et soulève des interrogations en lien avec les enjeux éthiques et juridiques associés à l'usage de l'isolement et de la contention. Des éclairages qualitatifs permettent de repérer l'existence de savoirs, de pratiques et de représentations, portés par une organisation du travail, une politique de ressources humaines et l'affirmation de valeurs, favorisant un moindre usage des pratiques coercitives en psychiatrie. Des politiques publiques plus ambitieuses, soutenant les équipes soignantes dans la limitation de l'usage des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, demeurent à penser pour atteindre tous les établissements.

Primary Health Care

► **Profession médecin : une attractivité à soigner**

ALLERMOZ E.

2024

Médecins : bulletin de l'ordre national des médecins (90): 18-25.

Au sommaire : la démographie médicale, constats et perspectives; libérer les médecins; les conditions de l'attractivité; témoignages de médecins et d'internes.

► **Healthcare Quality and Dementia Risk**

ARAVENA J. ET CHEN X.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16838)

<https://docs.iza.org/dp16838.pdf>

Low healthcare quality has been found to predict the development of several illnesses in older adults, while the evidence on dementia is still lacking. This study assesses whether and to what extent experiencing low healthcare quality can be associated with developing dementia in people 60-years-old and greater. Participants in the Health and Retirement Study (HRS), without dementia and 60-years-old and greater at baseline, were followed 2006 through 2019. Experiencing low healthcare quality was assessed at baseline through healthcare discrimination and dissatisfaction with healthcare services. The outcome, development of new cases of dementia, was determined through physician diagnosis or a cognition score compatible with dementia (assessed by the Telephone Interview for Cognitive Status). Cox regression is used to estimate the hazard ratio (HR) of dementia, adjusting for participants' demographic, health, and socioeconomic factors. Experiencing low healthcare quality is associated with increased dementia risk over 12 years (unadjusted HR: 1.68, 95%CI: 1.27 - 2.21, p-value < 0.001; fully adjusted HR: 1.50, 95%CI: 1.12 - 2.01, p-value: 0.006). Healthcare discrimination and dissatisfaction with the healthcare quality received are independently associated with increased dementia risk. To date, most measures to reduce dementia have focused on individual-level behaviors. Our findings suggest that implementing structural changes to improve healthcare quality delivery for older persons

may reduce dementia prevalence.

► **Améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : le rôle majeur des infirmières de coordination et des outils de communication**

AUGE E. ET BRICARD D.

2024

Questions d'Economie de la santé (Irdes)(288)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/288-ameliorer-la-prise-en-charge-des-patients-insuffisants-renaux-chroniques.pdf>

L'article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a permis la mise en place d'expérimentations territoriales de parcours de soins de l'insuffisance rénale chronique. Celles-ci ont conduit au financement de projets pilotes dans six régions à partir de 2017 afin d'améliorer le parcours de soins et l'autonomie des patients insuffisants rénaux chroniques. En utilisant une approche mixte qualitative et quantitative, cette étude vise à identifier les changements organisationnels intervenus à la suite de ces expérimentations, et à mesurer leurs impacts. Les résultats soulignent que les équipes des projets pilotes ont développé des actions pour renforcer la coordination entre les professionnels, en ville et en établissement de santé. Les financements ont été dirigés vers le recrutement spécifique d'infirmières, la mise en place d'outils de communication et la constitution d'équipes pluridisciplinaires.

► **Comparing GPs According to Their Model of Practice: Are Multiprofessional Group Practices Associated with More Favourable Working Conditions?**

BIAIS M., CASSOU M. ET FRANCO C.

2024

European journal of health economics

<https://doi.org/10.1007/s10198-024-01687-x>

In the generalized context of general practitioner shortages and transitions towards team-based primary care, we investigated how the different practising models relate to general practitioners' labour supply.

More precisely, we analysed the association between practice models—solo, groups of general practitioners, and multiprofessional groups—and their reported labour supply and level of satisfaction with work-life balance. We used a French cross-sectional survey from 2018 that surveyed a representative national sample of 3,032 self-employed general practitioners about their working conditions. We found that the model of practice was significantly associated with differences in physician labour supply at the intensive margin and that group practice appeared to be positively associated with general practitioners' reported satisfaction with work-life balance. In terms of weekly working time, only practice in groups of general practitioners was associated with a significantly lower labour supply. However, general practitioners in groups—whether groups of general practitioners or multiprofessional groups—reported more annual leave and seemed more willing to diversify their activity by devoting more time to secondary activities, including salaried activities.

► **Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients**

BIAIS M., CASSOU M. ET FRANCO C.
2024

Etudes et résultats (Drees)(1301)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/242305_ER_MedecinsGeneralistes

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur la disponibilité des médecins pour les patients selon leur mode d'exercice : seuls, avec d'autres médecins généralistes ou avec des paramédicaux. Les données présentées dans cet Études et Résultats sont issues de la première vague du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES. Face au contexte de baisse de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser si les différents modèles de regroupement des médecins généralistes sont associés à des pratiques spécifiques dans la réponse à la demande des patients (refus d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, refus de consulter des patients occasionnels, augmentation des délais de rendez-vous, prise en charge systématique des demandes de soins non programmés).

► **Infirmiers et aides-soignants, un enjeu transfrontalier**

BIANCO E., CHAVET S. ET DAMMAK S.
2024

Lyon, A.R.S. Rhône-Alpes

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/observatoire-transfrontalier-des-professionnels-de-sante-infirmiers-et-aides-soignants-un-enjeu>

La part des infirmiers et aides-soignants résidant dans l'Ain et en Haute-Savoie et travaillant en Suisse augmente. Ces ratios peuvent atteindre près de 80 % dans les zones proches de la frontière. C'est l'un des principaux enseignements du rapport de l'Observatoire transfrontalier des personnels de santé, paru le 28 mars dernier. Pour mémoire, cet observatoire a été créé sous l'égide de la commission santé du comité régional franco-genevois, par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé du canton de Genève. Il suit de part et d'autre des frontières nationales et cantonales, en Suisse et en France, l'évolution des effectifs et des formations. Les données publiées dans ce dernier rapport concernent la situation au 31 décembre 2022. Au total, fin 2022, plus de 12 700 infirmiers et 6 500 aides-soignants exercent dans les établissements de santé pris en compte dans le cadre de l'étude.

► **Organisation territoriale des soins de premier recours**

COUR DES COMPTES
2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours>

Définis par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou encore ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. En France, l'accès à ces soins est de plus en plus difficile, au point que l'on qualifie une partie du territoire national de « désert médical ». Elle a été consacrée en France par plusieurs lois qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins en améliorant l'efficacité du système de santé. Pour ces motifs, les juridictions financières ont poursuivi leur examen des aides publiques à l'organisation des soins de premier recours, engagé

en 2023 avec l'analyse des aides des collectivités territoriales. Les attentes sont patentées (chapitre I) car les écarts se creusent, entre une demande de soins courants qui se diversifie et augmente et une offre de soins de premier recours qui fait apparaître des goulets d'étranglement (I). Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours se sont accentuées (II), aggravant les tensions entre l'offre et la demande (III). Plusieurs mesures récentes ont pour tant visé, justement, à soutenir et à organiser ces soins de premier recours (chapitre II) mais leur analyse met en évidence leur caractère juxtaposé plus qu'intégré (I) et un ciblage insuffisant des moyens mobilisés (II). Pour construire une politique plus efficace (chapitre III), il convient d'abord de structurer et de piloter une politique publique, au niveau national comme dans les territoires (I), et de mieux mobiliser les nombreux outils existants pour donner une priorité effective à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins (II). Il convient en outre d'agir davantage sur la régulation des demandes de soins (III).

► **Les Métiers de la santé de demain**

DE SEZE M., TCHIOMBIANO S. ET MAHE H.
2024

Paris, Santé mondiale 2030

<https://santemondiale2030.fr/note-verte-les-metiers-de-la-sante-de-demain/>

Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de la pénurie actuelle de professionnels de santé à l'échelle globale ainsi que les nouveaux défis et besoins en santé nécessitent une réflexion approfondie sur le futur des métiers du soin, et plus largement des métiers qui contribuent à la santé des populations. Cette étude met l'accent sur l'impératif de former plus, partout et autrement. Elle argumente aussi la nécessité du décloisonnement des professions de santé, la création de nouveaux métiers, et l'urgence de repenser l'organisation des parcours et des carrières.

► **The Essential Role of Altruism in Medical Decision Making**

GERTLER P. ET KWAN A.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32151)

<https://www.nber.org/papers/w32151>

Patients rely on medical care providers to act in their best interests because providers understand disease pathology and appropriate treatment much better than patients. Providers, however, not only give advice (diagnose) but also deliver (sell) treatments based on that advice. This creates a moral hazard dilemma where provider financial interests can diverge from patient interests, especially when providers are motivated more by profits than by altruism. We investigate how profit motivated versus altruistic preferences influence medical care decision making in the context of malaria in Kenya. We measured the appropriateness of care using data from an audit study that employed standardized patients (SP) who were trained to present as real patients the identical clinical case scenario to providers. The SPs were confirmed to be malaria negative before and after field work with a very reliable and sensitive blood test at a high-quality laboratory. We measured provider preferences using a lab in the field, real stakes, modified version of the dictator game. We find that more profit-motivated providers report higher rates of false-positive malaria test results than do more altruistic providers. Specifically, purely profit motivated providers report 30 percentage points more positives than providers who are altruistically motivated, and providers likely knew that the positive results that they reported to their patients were false. We also find that more profit motivated providers sold more unnecessary antimalarial drugs than did more altruistic providers. Based on mediation analysis, more profit-oriented providers sold more drugs not only because they knowingly reported more false positives, but also because they promoted drugs sales more conditional on a positive test result. Thus, profit motivated providers seem to have misrepresented test results to sell more unnecessary malaria-related drugs.

► **The Effect of Migration on Careers of Natives: Evidence From Long-Term Care**

HAAN P. ET WNUK I.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16749)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4706053

This paper examines the effect of increasing foreign staffing on the labor market outcomes of native workers in the German long-term care sector. Using administrative social security data covering the universe of long-term care workers and policy-induced exogenous variation, we find that increased foreign staffing reduces labor shortages but has diverging implications for the careers of native workers in the sector. While it causes a transition of those currently employed to jobs with better working conditions, higher wages, and nonmanual tasks, it simultaneously diminishes re-employment prospects for the unemployed natives with LTC experience.

► **Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2024

Avis et rapport. Paris, H.C.A.A.M.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/hcaam-une-prospective-ressources-humaines-sante-assurer-lequite-dacces-aux-soins>

Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population ». La ministre déléguée Agnès Firmin le Bodo a chargé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) de proposer les méthodes, moyens, organisation et données nécessaires pour améliorer la prospective des ressources humaines en santé. Ces propositions sont présentées dans cet avis et ce rapport

► **Nursing Before and After Covid-19: Outflows, Inflows and Self-Employment**

KALB G. ET MEEKES J.

2024

Melbourne, Melbourne Institute (Melbourne Institute Working Paper 01/24)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4709567

We study nurses' labour dynamics in light of continuing nurse shortages and the COVID-19 pandemic. Using Dutch monthly administrative microdata, all nursing-qualified persons observed in January 2016 and/or in January 2020 are compared and followed for one year before and three years after both baseline months. Compared to the 2016 Cohort, women and men in the 2020 Cohort who were employed in the healthcare sector at baseline were 0.3 and 1 percentage point more likely to have left employment; and, conditional on still being employed, 0.8 and 1.2 percentage points more likely to have left healthcare employment after three years. The 2020 Cohort women and men were also 1 and 1.7 percentage points more likely to transition from salaried employment to self-employment, and they reduced working hours by 0.6% and 1.5% more by December 2022. Except during COVID outbreaks, there is no higher inflow into healthcare employment by nursing-qualified women and men who were not employed in healthcare at baseline. Finally, other healthcare professionals fared better, with similar healthcare sector retention rates in 2019-2022 compared with 2015-2018. Overall, the pandemic accelerated nurse shortages through reduced retention and increased self-employment, and its impact is still felt at the end of 2022.

► **Fewer Young People Want to Become Nurses in Half of OECD Countries**

LAFORTUNE G. ET DAGISTAN L.

2024

Focus on (OCDE)

<https://www.oecd.org/health/Fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-OECD-countries.pdf>

The interest of 15-year-old students in pursuing careers as nurses has decreased in at least half of OECD countries between 2018 and 2022, according to the latest data from the Programme for International Student Assessment (PISA) survey. On average across OECD countries, the share of young people expecting to work as nurses fell from 2.3% in 2018 to 2.1% in 2022.

This reduction is particularly marked in the United States and Canada, some Nordic countries (Norway and Denmark), Ireland, the United Kingdom and Switzerland. • In many countries, the public image and perception of nurses during the pandemic was mixed: on the one hand, frontline health workers have been portrayed as “heroes” during the early parts of the pandemic in recognition of the hard work and risks, but on the other hand the heavy workload, difficult working conditions and low pay resulted in high job dissatisfaction and intention to quit the profession.

► **Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l’expérimentation Peps dans 16 centres de santé**

LEGRAND J. ET PITTI L.

2024

Questions d’Economie de la santé (Irdes)(285)

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-285-mise-en-oeuvre-effets-et-usages-de-l-experimentation-peps-dans-16-centres-de-sante.html>

L’expérimentation d’un Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) fait partie des nouveaux modes de rémunération collectifs, alternatifs au paiement à l’acte, permis par l’article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Cette expérimentation vise à renforcer, par la mise en place d’un forfait de soin, les dynamiques de coordination entre les professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmières d’une même équipe. 16 Centres de santé (CDS) figurent parmi les équipes de soins primaires engagées dans cette expérimentation nationale, initialement pensée pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles libérales (MSP). L’enquête sociologique, fondée sur 57 entretiens avec des professionnels et des observations conduites au sein de 6 CDS entre 2021 et 2023, étudie les conditions d’engagement des CDS dans l’expérimentation et les effets de cette rémunération des soins au forfait sur le travail de ces équipes de soins primaires. Elle met au jour un paradoxe : initialement pensé comme une incitation au changement pour les professionnels de santé libéraux en exercice coordonné, le forfait apparaît comme un instrument de solvabilisation et de légitimation des pratiques de coordination et du travail de soin développés par les CDS, qui emploient des professionnels de santé salariés.

► **Les infirmières chercheuses. : Quelle place dans les organisations de santé ?**

MET N.

2024

Paris, Seli Arslan

Toujours plus d’infirmières dans le monde poursuivent les études jusqu’au doctorat, participent à des recherches scientifiques ou en sont à l’origine, certaines devenant des praticiennes-chercheuses. C’est le cas aussi des infirmières françaises, mais les défis à relever sont encore nombreux pour qu’elles occupent pleinement une position de chercheuses au sein des organisations de santé, ou pour intégrer des activités scientifiques ponctuelles dans leur pratique quotidienne. Comment valoriser l’utilité de la recherche infirmière, le statut et le rôle des infirmières chercheuses ? Pour répondre à cette question, l’auteure s’appuie sur des observations menées au plus près de la réalité d’infirmières ayant réalisé une thèse. Celles-ci partagent, dans le cadre d’entretiens, leurs ressentis sur leur parcours d’études, les modalités pour y parvenir, tout comme les retombées concrètes de retour dans leur lieu d’exercice

► **Bonnes pratiques en matière de simulation en santé**

MOLL M. C. ET MESSARAT-HADDOUCHE Z.

2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505883/fr/bonnes-pratiques-en-matiere-de-simulation-en-sante

Ce guide a pour objectif de mettre en œuvre et de proposer des programmes de simulation de qualité aux professionnels de santé. Ces bonnes pratiques en matière de simulation concernent les programmes, les organisations, les infrastructures, la recherche et l’évaluation. L’objectif de cette mise à jour est de compléter en particulier les éléments non abordés dans le guide de bonnes pratiques de 2012 et de réaliser en général une mise à jour pour répondre aussi à une évolution des pratiques dans ce domaine.

► **Les bons comptes ne font pas l'égalité.
Le partage des rémunérations en maisons
de santé**

MORIZE N.

2024

Sociologie du travail(2)

<https://journals.openedition.org/sdt/45823>

Dans un secteur de la santé historiquement caractérisé par des hiérarchies professionnelles et de genre, des professionnel·les de maisons de santé pluriprofessionnelles promeuvent cependant une égalité entre groupes professionnels. Celle-ci s'incarne, entre autres, dans le partage de financements publics. Ce dernier participe-t-il à transformer localement les hiérarchies entre groupes professionnels et les inégalités de genre? Cette enquête qualitative s'appuie sur des observations de réunions entre professionnel·les de santé et pouvoirs publics autour de l'allocation de financements, ainsi que sur 64 entretiens semi-directifs réalisés dans trois maisons de santé. En s'inscrivant dans la sociologie des rémunérations, cet article analyse les transformations des hiérarchies professionnelles et des rapports de genre, montrant une tension entre la mise en place de barèmes de rémunération égalitaires dans des temps collectifs qui restent marginaux et le maintien de rémunérations hiérarchisées dans le travail de soin.

► **De la crise mondiale des soins aux soins
de qualité à domicile : Les arguments
en faveur de l'intégration des travailleurs
domestiques dans les politiques des soins
et la garantie de leurs droits au travail**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

2024

Genève, O.I.T.

https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/publications/policy-briefs/WCMS_916327/lang--fr/index.htm

A l'échelle mondiale, la demande de soins rémunérés augmente, un nombre grandissant de pays étant confrontés à une crise des soins liée à d'importants besoins non satisfaits et au vieillissement des populations. Parmi les travailleurs des services de soins rémunérés (notamment, le personnel infirmier, les enseignants, médecins ou travailleurs sociaux), les travailleuses et travailleurs domestiques fournissent des services directs ou indirects aux ménages. Ils peuvent être embauchés directement par le ménage ou par/ via un prestataire de services public ou privé. Les tra-

vailleurs domestiques jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins. Même si l'on ne comptabilise que les personnes employées directement par les ménages, celles-ci représentent 25 pour cent de l'ensemble des travailleurs du soin et cette proportion est beaucoup plus élevée si l'on tient aussi compte des personnes employées par/via des prestataires de services. Face à d'importantes pénuries de main-d'œuvre, de nombreux pays cherchent à améliorer la participation des femmes au marché du travail, qui dépend souvent de l'existence de services de soins de qualité suffisants. Cela suppose notamment que les emplois de soins soient d'une qualité suffisante pour attirer les demandeurs d'emploi. Or, le secteur du travail domestique est marqué par d'importants déficits de travail décent.

► **La santé du point de vue des patients :
La prochaine génération d'indicateurs
de résultats des soins de santé**

OCDE

2024

Paris, Ocde

<https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/sante-du-point-de-vue-des-patients-la-prochaine-generation-indicateurs-resultats-des-soins-de-sante.pdf>

Depuis bien trop longtemps, nous manquons d'informations pertinentes sur le vécu des patients et les résultats en matière de santé. Malgré l'abondance de données sur les soins de santé à l'échelle mondiale, les indicateurs de résultats des systèmes de santé portent traditionnellement sur les ressources et les processus plutôt que sur les conséquences des soins sur la vie et le bien-être des personnes. L'enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS) est la première enquête internationale qui vient combler ce manque.

► **Participation des patients à la formation
initiale des médecins : Restitution
des travaux conduits par la DGOS en lien
avec la DGS**

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

2024

Paris, DGOS

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

La participation des patients à la formation initiale des médecins est inscrite dans la loi depuis 2019.

Pour autant, si certaines UFR de Médecine sont déjà engagées, il n'existe toujours aucun cadre national permettant un réel développement de cette démarche. C'est pourquoi les ministères chargés de la santé et de l'enseignement portent une politique conjointe de déploiement dans ce domaine. Consacré à la participation des patients à la formation des futurs médecins, ce rapport esquisse les contours d'un cadre national jusqu'alors inexistant dans ce domaine et acte ce concept comme une innovation pédagogique à inscrire dans les textes réglementaires régissant les cursus médicaux. Ses 23 recommandations concrètes, qui seront enrichies courant 2024 de propositions pour les autres étudiants en santé, ont servi de fil rouge aux interventions et échanges qui se sont succédé durant la journée, en présence de près de 200 participants

► **The Accessibility of Primary Care and Paediatric Hospitalisations For Ambulatory Care Sensitive Conditions in Czechia. Prague, Charles University**

SLEGEROVA L.

2024

Institute of Economic Studies (IES Working Papers 13/2024)

<https://ies.fsv.cuni.cz/en/accessibility-primary-care-and-paediatric-hospitalisations-ambulatory-care-sensitive-conditions>

This study evaluates the accessibility of primary care for children in Czechia in light of the declining numbers of general practitioners and the rising numbers of children without a practitioner. We show that children largely receive primary care outside their district of administrative residence, that the average number of children registered per practitioner is increasing, and that the share of children without a practitioner was over 6% in 2022. This study further challenges the use of hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions as a measure of the accessibility and quality of primary care. We build a fixed-effects model for district-level data on paediatric hospital admissions and the utilisation of primary care between 2010 and 2019 in Czechia. Our focus is on the effect that the number of registered and treated children per primary-care physician has on the composition of paediatric hospital admissions. We find no significant relationship between the variables of our interest. Therefore, we suggest that hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions are not a good measure of the accessibility and quality of primary care for the

child population in Czechia, a country with compulsory health insurance and no gatekeeping of primary care.

► **Enquête sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux**

URPS KINÉS

2024

Nantes : URPS Kinés

<https://www.urps-mk-paysdelaloire.fr/enquete-sur-les-pratiques-decouvrez-le-rapport>

La région des Pays de la Loire compte un peu plus de 4000 kinésithérapeutes libéraux en exercice. Depuis 2010 et la création des URPS, deux enquêtes sur les pratiques des kinésithérapeutes ont été réalisées par l'URPS Kinés Pays de la Loire, donnant ainsi de précieux renseignements sur les besoins des kinésithérapeutes libéraux de la région. La profession connaît des changements majeurs tant dans l'organisation du système de santé que dans la manière d'exercer. La connaissance d'un territoire est essentielle pour analyser les réalités qu'il recouvre, l'URPS Kinés a donc souhaité avoir une photographie actuelle précise des conditions d'exercice, des pratiques, de l'organisation et des attentes des kinésithérapeutes des Pays de la Loire au niveau de leur activité professionnelle. Cette initiative vise à dévoiler non seulement les habitudes de travail mais aussi à mettre en lumière les besoins de notre profession pour adapter et développer au mieux de futurs projets.

Systèmes de santé

Health Systems

► Making Care Closer to Home a Reality

BAIRD B., FENNEY D. ET JEFFERIES D.

2024

Londres, King's Fund Institute

<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/making-care-closer-home-reality>

The health and care system in England must shift its focus away from hospital care to primary and community services if it is to be effective and sustainable. We found that to achieve the vision, political and other national leaders will need to completely shift their focus away from hospitals towards primary and community health and care – and all policies and strategies must align to that focus. This report is not about closing hospitals or moving existing services from one location to another, although the latter option may sometimes be appropriate. Rather, it is about a wholesale shift in the focus towards primary and community health and care across the domains of leadership, culture and implementation. This will free up every sector to provide the care that it is best equipped to deliver.

► Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé

COLOMBO F., DEDET G. ET GUANAIS F.

2024

Paris (Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé Ocde)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/repenser-l-evaluation-de-la-performance-des-systemes-de-sante_04e8cdb9-fr

Les systèmes de santé sont soumis à d'intenses pressions pour s'adapter à l'évolution des besoins et aux profondes évolutions induites par le vieillissement des populations, la transformation numérique et le changement climatique, ainsi que pour être mieux préparés à résister à des chocs d'origine naturelle ou humaine soudains et de grande ampleur, tels que les pandémies, les catastrophes naturelles et environnementales, les menaces biologiques ou chimiques, les cyberattaques, les crises financières, les menaces nucléaires ou les conflits sociaux. Nous avons besoin d'une nouvelle vision de l'évaluation des performances

des systèmes de santé qui en intègre les dimensions essentielles, comme la résilience, l'approche centrée sur la personne et la durabilité environnementale. L'évaluation des performances des systèmes de santé est indispensable pour s'assurer que ces derniers répondent aux besoins et préférences des individus en matière de santé, et proposent des soins de qualité pour tous. En évaluant les systèmes de santé de manière cohérente et systématique, elle aide les responsables publics à recenser les domaines devant être améliorés, à optimiser la répartition des ressources et à juger de l'état d'avancement des principaux objectifs de l'action publique.

► Trust and Health Care-Seeking Behavior

DARDEN M. E. ET MACIS M.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper Series 32028)

<https://www.nber.org/papers/32028>

We present results from a nationally representative survey of American adults, guided by a simple theoretical model expressing health care-seeking behavior as a function of economic and behavioral fundamentals and highlighting the role of trust. We report several findings. First, we document a strong association between higher levels of trust in the health care system and reported care-seeking behavior, both retrospective and anticipated. This relationship holds across several care scenarios, from routine check-ups to vaccinations. Second, the impact of trust on health care utilization is similar in magnitude to that of factors such as income and education, long recognized as crucial in the existing literature. Third, the relationship between trust and care-seeking behavior appears to be mediated by key mechanisms from our theoretical framework, notably individuals' beliefs about the system's effectiveness in managing their health and their personal disutility tied to medical visits. Fourth, we ask respondents about trust in specific health care system sectors, and we find important heterogeneity in the associations between trust and care-seeking behavior, notably between trust in the Centers for Disease Control and Prevention and the likelihood to receive flu and COVID-19 vaccinations. Finally, we find no differential relationship

between trust and care-seeking for Black respondents, but we find important differences by age and political affiliation. Our findings hold significant implications for policy, particularly given that trust in medical and, more broadly, scientific expertise is increasingly difficult to establish.

► **Healthcare Quality By Specialists Under a Mixed Compensation System: An Empirical Analysis**

ECHEVIN D., FORTIN B. ET HOUNDETOUNGAN A.
2024

Cirano Working Paper s19

<https://econpapers.repec.org/paper/arxpapers/2402.04472.htm>

We analyze the effects of a mixed compensation (MC) scheme for specialists on the quality of their healthcare services. We exploit a reform implemented in Quebec (Canada) in 1999. The government introduced a payment mechanism combining a per diem with a reduced fee per clinical service. Using a large patient/physician panel dataset, we estimate a multi-state multi-spell hazard model analogous to a difference-in-differences approach. We compute quality indicators from our model. Our results suggest that the reform reduced the quality of MC specialist services measured by the risk of re-hospitalization and mortality after discharge. These effects vary across specialties.

► **Moral Preferences over Health-Wealth Trade-Offs**

FILLIPIN A. ET MANTOVANI M.
2024

Rochester, S.S.R.N. (University of Milan Bicocca Department of Economics, Management and Statistics Working Paper 531)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4757105

Using a choice experiment we analyze moral preferences over fatalities and jobs losses due to the pandemic in Italy, the UK and the US. A structural estimation displays, surprisingly, aversion to diversification between these two bads. We also find that about 95% of the weight in the participants' utility function goes to health, and that respondents' stable traits (such as political orientation or risk aversion) influence attitudes more than their personal experiences with the consequences of the pandemic. Moreover, policy

responses look misaligned with estimated preferences. Italy adopted more stringent containment measures, while Italian respondents display a relatively weaker pro-health attitude.

► **Health For All Policies: The Co-Benefits of Intersectoral Action**

GREER S. L., FALKENBACH M. ET FIGUERAS J.
2024

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

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-for-all-policies-the-co-benefits-of-intersectoral-action>

Factors outside of healthcare services determine our health and this involves many different sectors. Health for All Policies changes the argument about inter-sectoral action, from one focusing on health and the health sector to one based on co-benefits – a 'Health for All Policies' approach. It uses the Sustainable Development Goals as the framework for identifying goals across sectors and summarizes evidence along two causal axes. One is the impact of improved health status on other SDGs, e.g. better educational and employment results. The other is the impact of health systems and policies on other sectors. The 'Health for All Policies' approach advocated in this book is thus a call to improve health to achieve goals beyond health and for the health sector itself to do better in understanding and directing its impact on the world beyond the healthcare it provides

► **Healthcare System Efficiency and Drivers: Re-Evaluation of OECD Countries For COVID-19**

MANAVGAT G. ET AUDIBERT M.
2024

Ssm - health systems(100003)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S294985622300003X>

The Covid-19 pandemic has raised concerns about the resilience of health systems. The aim of this study is twofold: i) to measure and compare the resilience of health system efficiency of OECD countries before and during Covid-19 and ii) to determine the healthcare efficiency drivers (e.g., socio-economic) of health system performance. Using a dataset of 31 OECD countries for 2018 and 2020, we first estimate bias-adjusted efficiency scores, followed by a double bootstrap truncated regression procedure to study the

drivers associated with health system efficiency. We find that the health system efficiency overall score decreased among OECD countries during the Covid-19 pandemic compared to before Covid-19. Estonia and Japan retained their full efficiency score during Covid-19. We find a negative association between health system efficiency and unemployment rate, share of health expenditure

► Fiscal Sustainability of Health Systems

DE COCK J.
2024

Paris, Ocdé

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en

Analysis of the latest trends in health spending find that after the extraordinary increases in 2020 and 2021, real health spending in 2022 dropped by 1.5% on average across OECD countries. Although premature to conclude on a new spending trajectory, budget information from a selected number of countries suggest that nominal health spending may return to pre pandemic growth rates. But with average inflation expected to remain above 5% in 2024 compared with less than 2% in 2019, this will continue to significantly reduce any nominal increases. Over the long-term, growth in health spending from public sources is projected to be twice the average growth in government revenues (2.6% and 1.3% respectively), on average across OECD countries between 2019 40. Consequently, health spending from public sources is projected to reach 20.6% of government revenues across OECD countries by 2040, an increase of 4.7 percentage points from 2018. In this challenging context, good budgeting practices are critical. They improve how public funds for health are determined, executed and evaluated. This not only increases the efficiency of current public spending, but also enables more ambitious policy changes in the medium to longer-term. Clear rules, monitoring and review mechanisms should be agreed upon across the annual budget cycle. This includes separating the cost of new health policy initiatives from baseline costs of maintaining existing services and coverage; the use of explicit criteria to facilitate budget negotiation; ensuring regular in-year budget monitoring, with corrective mechanisms to improve compliance; and using spending reviews to analyse health expenditures and ensure they are aligned with government priorities. In addition, medium-term budgeting for health enables countries to move to a more

proactive forward-looking strategy that goes beyond the regular annual budget cycle. OECD countries have taken steps to build a medium-term perspective into the budget process for health, with about 90% of surveyed country governments estimating health spending for future years. However, the link with the annual budget process is often lacking, only just under half of surveyed OECD countries use medium-term spending estimates for health as the basis for future budget allocations. Finally, in recent decades, there has been a trend in OECD countries towards classifying budgets for health around programmes. This type of budget classification groups expenditures with related policy objectives and outcome targets. Common objectives are programmes on improving health promotion, digital health, medical education; and when the scope of programme budgeting is greater, can include broad health service type (such as primary care, hospital services and long-term care).

► Health System Review : Denmark

OKKELS BIRK H., VRANGBAEK K. ET RUDKJOBING A.
2024

Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
(Health systems in transition vol. 26 n°1)

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

This analysis of the Danish health system reviews recent developments in organization and governance, health financing, health care provision, health reforms and health system performance. Population health in Denmark is good and improving, with life expectancy above the European Union (EU) average but is, however, lagging behind the other Nordic countries. Denmark has a universal and tax-financed health system, providing coverage for a comprehensive package of health services. Notable exclusions to the benefits package include outpatient prescription drugs and adult dental care, which require co-payment and are the main causes of out-of-pocket spending. The hospital sector has been transformed during the past 15 years through a process of consolidating hospitals and the centralization of medical specialties. However, in recent years, there has been a move towards decentralization to increase the volume and quality of care provided outside hospitals in primary and local care settings. The Danish health care system is, to a very high degree, based on digital solutions that health care providers, citizens and institutions all use. Ensuring the availability of health care in all parts of Denmark is

increasingly seen as a priority issue. Ensuring sufficient health workers, especially nurses, poses a significant challenge to the Danish health system's sustainability and resilience. While a comprehensive package of policies has been put in place to increase the number of nurses being trained and retain those already working in the system, such measures need time to work. Addressing staffing shortages requires long-term action. Profound changes in working practices and working environments will be required to ensure the sustainability of the health workforce and, by extension, the health system into the future.

► **The Blurred Line Between Social Insurance and Social Assistance : Analysis of Risk-Based Benefits in Six Countries**

TERVOLA J., LIVONEN S. ET HIILAMO H.

2024

Finlande, SustAgeable (SustAgeable Working Papers 3/2024)

<https://www.sustageable.fi/en/working-papers/>

Social insurance and social assistance reflect fundamental principles of social policies. Social insurance benefits cover employed individuals against a social risk event such as unemployment or disability in exchange of paid contributions. Social assistance benefits, in turn, are designed typically to secure the minimum standard of living, regardless of past contribution. In this article we ask if the dualism is feasible to depict contemporary social benefits that cover traditional social risks: unemployment, childbirth, sickness, disability, and old age. A policy analysis of six European countries with extensive social security systems – Denmark, Estonia, Finland, Netherlands, Sweden, and United Kingdom – demonstrates that while traditional insurance benefits and assistance benefits still make up the majority of risk-based benefits, also different kinds of deviations from the pure forms are observed. Some countries provide hybrid benefits where past contribution affects benefit rate, but non-contributory minimum is guaranteed for all facing the risk. Some countries provide income-tested contributory benefits which is against the traditional insurance logic. Moreover, universal flat-rate benefits are found especially covering the risk of old age.

► **Strengthening Health Systems. a Practical Handbook For Resilience Testing**

ZIMMERMANN J., MCKEE C. M., KARANIKOLOS M., *et al.*

2024

Paris, Ocede

<https://www.oecd.org/health/strengthening-health-systems-3a39921e-en.htm>

Pandemics, financial crises, natural disasters, and other shocks stress health systems. They affect response capabilities and ultimately contribute to poor performance, as exemplified by the COVID-19 pandemic, emphasizing the importance of understanding resilience to aid policymakers in improving system performance during crises. Developed as part of the EU's capacity building initiatives, the handbook outlines a collaborative testing methodology using the Health System Performance Assessment (HSPA) Framework to understand health system components and their interrelations. It also employs the shock cycle framework to evaluate the health system's response to shocks. The resilience testing methodology presented in this handbook requires countries to first identify a shock. Following this, they are prompted to commission tailored background research to shed light on the health system's capacity to absorb and adapt to the shock. Finally, countries are encouraged to convene a group of key stakeholders to collaboratively analyse the shock scenario, pinpointing vulnerabilities within the system.

Occupational Health

► **Exploring the gender dimension of telework : implications for occupational safety and health : Explorer la dimension de genre pour le télétravail : implications en matière de sécurité et de santé au travail**

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL

2024

Bilbao, O.S.H.A.

<https://osha.europa.eu/fr/publications/exploring-gender-dimension-telework-implications-occupational-safety-and-health>

Le recours croissant au télétravail et au travail hybride depuis la pandémie de COVID-19 a eu de fortes répercussions sur les femmes. Ce document de discussion explore la dimension de genre du télétravail et de la sécurité et de la santé au travail (SST) et passe en revue les évolutions de la législation en la matière. Parmi les lacunes recensées en matière de recherche figurent la dimension de genre de la cyberintimidation, les politiques de SST au niveau du genre et de l'entreprise dans ce domaine, ainsi que l'absence d'aspects liés au genre dans la réglementation du télétravail axée sur la SST. Le document souligne que des dispositions tenant compte de la dimension de genre dans le domaine du télétravail et du travail hybride peuvent contribuer à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des femmes et à leur intégration sur le marché du travail.

► **Avis de l'Anses relatif à « l'état des connaissances sur l'influence du travail à distance sur la santé des travailleurs »**

ANSES

2024

Maisons-Alfort, Anses

<https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2021SA0091.pdf>

Le recours massif au télétravail et aux technologies associées a de fortes conséquences sur les organisations de travail. L'Anses fait le point sur les effets potentiels du télétravail sur la santé des travailleurs, en se fondant sur une étude réalisée à sa demande

par l'Institut de recherche en santé environnement et travail (Irset) qui dresse un état des lieux des connaissances disponibles. L'Agence identifie des effets sanitaires potentiels liés au développement de cette modalité d'organisation du travail et rappelle la nécessité de poursuivre la recherche dans ce domaine, afin de pouvoir identifier et évaluer les risques, en vue de mieux les prévenir.

► **Are Working Environments For Healthcare Workers Improving?**

BIENASSIS K. D. ET LAFORTUNE G.

2024

Paris, Ocde

<https://www.oecd.org/els/health-systems/workforce.htm>

On average, over half of physicians and nurses working in hospitals in OECD countries think that the staffing levels and work pace in their workplaces are not sufficient for providing safe care. Lack of adequate staffing has wide ranging impacts on health systems abilities to deliver quality care. Widespread shortages in the health sector worsen conditions for current workers, who may be exposed to long hours and inadequate job resources and supports

► **Les aides de la Cnam à la prévention des risques professionnels : une efficacité non démontrée : Audit flash**

COUR DES COMPTES

2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-aides-de-la-cnam-la-prevention-des-risques-professionnels-une-efficacite-non>

En matière d'accidents du travail, la prévention doit prévaloir la réparation. Pourtant, les actions de prévention ne représentent aujourd'hui que 2 % du montant total du budget de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance-maladie. Dans les entreprises de plus de 150 salariés, l'incitation à une meilleure prévention passe par un niveau de cotisation fonction de la gravité et de la fréquence des accidents du travail et maladies professionnelles

de l'entreprise. Dans les plus petites entreprises, le taux est forfaitaire et lié à la sinistralité de leur secteur. Pour inciter les petites entreprises à prévenir les risques professionnels, la Cnam peut leur allouer des aides financières. Cet audit flash, mené dans le contexte d'une augmentation importante de moyens, permise par la création en 2023 d'un fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle, recommande la révision des dispositifs d'aide, aujourd'hui trop peu ciblées et insuffisamment évaluées.

► **Do Medical Treatments Work For Work? Evidence From Breast Cancer Patients**

DAYSAL N. M., EVANS W. N. ET PEDERSEN M. H.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 32167)
<https://www.nber.org/papers/w32167>

We investigate the effects of radiation therapy on the mortality and economic outcomes of breast cancer patients. We implement a 2SLS strategy within a difference-in-difference framework exploiting variation in treatment stemming from a medical guideline change in Denmark. Using administrative data, we reproduce results from an RCT showing the lifesaving benefits of radiotherapy. We then show therapy also has economic returns: ten years after diagnosis, treatment increases employment by 37% and earnings by 45%. Mortality and economic results are driven by results for more educated women, indicating that equalizing access to treatment may not be sufficient to reduce health inequalities

► **Mental Health at Work After the COVID19 Pandemic – What European Figures Reveal**

DRAGANO N., GERÖ, K. ET WAHRENDORF M.
2024

ilbao, O.S.H.A.
<https://osha.europa.eu/en/publications/mental-health-work-after-covid-pandemic>

The COVID-19 pandemic strongly impacted the world of work. This report presents the findings of an analysis of European surveys on mental health at work covering pre-, during and post-pandemic periods. Significant takeaways relate to differing impact on particular sectors, type of work, subgroups of workers and gender, digitalisation, and the importance of organisations proactively implementing occupational safety and health

measures. Also, addressing work-related psychosocial risks must be a part of measures to protect workers both now and against future critical events.

► **Moral Preferences over Health-Wealth Trade-Offs**

FILLIPIN A. ET MANTOVANI M.
2024

Rochester, S.S.R.N. (University of Milan Bicocca Department of Economics, Management and Statistics Working Paper 531)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4757105

Using a choice experiment we analyze moral preferences over fatalities and jobs losses due to the pandemic in Italy, the UK and the US. A structural estimation displays, surprisingly, aversion to diversification between these two bads. We also find that about 95% of the weight in the participants' utility function goes to health, and that respondents' stable traits (such as political orientation or risk aversion) influence attitudes more than their personal experiences with the consequences of the pandemic. Moreover, policy responses look misaligned with estimated preferences. Italy adopted more stringent containment measures, while Italian respondents display a relatively weaker pro-health attitude.

► **The Use of Performance Appraisals and Employees' Presenteeism Behavior**

GRUND C. ET NIEBEN A.
2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16883)
<https://docs.iza.org/dp16883.pdf>

Presenteeism behavior, i.e. working despite illness, is a common phenomenon worldwide and can have severe consequences for employees and firms alike. In this study, we investigate the relation between the use of company performance appraisals and employees' presenteeism behavior. We use linked-employer-employee data (the German Linked Personnel Panel) and apply pooled Poisson as well as linear fixed effects estimations. We show that the use of performance appraisals is associated with significant lower annual presenteeism days in the amount of one-half to one full day. In addition, the presence of a works council strengthens the negative relationship between performance appraisals and presenteeism. The results

are driven by performance appraisals that are linked to performance-related pay, in particular. Our study contributes to the understanding of context specific behavioral consequences of HRM practices such as performance appraisals.

► **L'indemnisation des accidents du travail avec incapacité permanente compense-t-elle leurs conséquences financières ?**

LARDEUX R. ET PORA P.
2024

Dossiers de la Drees (les)(117)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/230411_DD117_AccidentsTravail

Ce dossier est consacré à l'effet des accidents du travail avec séquelles sur le revenu. Après un accident du travail avec incapacité permanente, une baisse importante et durable du revenu salarial est généralement observée, d'autant plus forte que les séquelles sont graves. Dans les quatre premières années suivant l'accident, cette baisse de revenu est compensée en moyenne dans son intégralité par le système socio-fiscal. Ce haut niveau de compensation est d'abord assuré par les prestations versées de la branche AT-MP (Accidents du travail et Maladie Professionnelle). À partir de la deuxième année suivant l'accident, les allocations chômage et les prestations de solidarité prennent en partie le relais.

► **Impact of Multiple Sclerosis on Employment and Income: Insights From a Random Sample Representative of Private Sector Employees in France Using Longitudinal Administrative Data**

LERAY E., DUGUET E., REGAERT C., *et al.*
2024

Revue neurologique(in press)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003537872400479X>

En France, few data sources are available to estimate the impact of multiple sclerosis (MS) on job retention and its consequences on the level of resources, especially in large representative samples. The aim of the present study was to measure impact of MS on employment rates, wages and income (including unemployment benefit, sickness benefit and disability pension) by comparing work trajectories of people living with

MS with those of a matched control group. We used the HYGIE database, which is the result of the linkage of two administrative databases in the private sector for a random sample of over 900,000 people. In order to identify the causal effect of MS on employment after 1 to 20 years, the difference-in-differences method with matching (age, sex, career and health history) was used, overall and in subgroups. The year of entry in long-term disease status for MS was used to approximate the onset of MS. Overall, 946 people with MS were included. Their situation was fairly favorable before MS (88.1% in employment, resources higher than the median for the general population), but MS had strong and continuous negative effects. Indeed, at 10 years, the employment rate fell by 28.6 percentage points (pp) and the disability pension allowance increased by 50.5 pp; the wage percentile fell by 19.2 pp and the replacement income accounted for a growing share of total income (+ 39.7 pp). Although administrative data had several strengths, clinical information on the severity of the disease or on its therapeutic management was not available. In conclusion, this study shows that the effects of MS on the employed population in the private sector occur early in the disease course and are cumulative, and that replacement income helps to reduce the loss of resources thanks to the French health and social system.

► **Live Longer and Healthier: Impact of Pension Income For Low-Income Retirees**

MALAVASI C. ET YE H.
2024

Bonn, Bonn Universität (Working Papers 514)

<https://www.crctr224.de/research/discussion-papers/archive/dp514>

We estimate the effect of additional pension income on mortality outcomes by exploring the eligibility criteria of a German program subsidizing the pensions of low-wage workers. Using novel administrative data, we find that eligibility leads to a 2-month delay in age at death (censored at 75). Survey evidence suggests that additional pension income improves both mental and physical health. In addition, individuals feel less financially constrained and are more optimistic about their future. Heterogeneity analysis indicates that the results are mainly driven by men.

► **Les retraités sont-ils plus heureux que les actifs ?**

MARGOLIS L.
2024

Paris, C.E.P.R.E.M.A.P.

<https://www.cepremap.fr/2024/04/note-de-lobservatoire-du-bien-etre-n2024-04-les-retraites-sont-ils-plus-heureux-que-les-actifs/>

Les réformes des régimes de retraite ne manquent jamais de susciter de forts mouvements de résistance. Est-ce parce que la retraite est le gage d'un gain en bien-être ? En comparant les seniors actifs et les retraités du même âge, et en suivant les personnes autour du passage à la retraite, on constate qu'il n'en est rien. D'autres idées couramment partagées, concernant l'influence bénéfique d'un environnement rural, par exemple, se voient également démenties par les différentes enquêtes françaises et européennes que nous mobilisons.

► **Promoting Better Career Choices For Longer Working Lives : Stepping up Not Stepping Out**

OCDE
2024

Paris, Ocde

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/employment/promoting-better-career-choices-for-longer-working-lives_1ef9a0d0-en

The transition towards a green economy, the rapid development of new digital technologies and cultural change are some of the forces disrupting traditional career paths, resulting in more fluid and diversified career trajectories. To benefit from increased longevity, workers will increasingly have to consider job mobility at middle and older ages, changing jobs or careers more frequently than in the past. Making successful career transitions, however, tends to be more difficult for workers at older ages due to health issues, unfamiliarity with relevant technology or a lack of recent job search experience. This may result in a mismatch between the types of jobs they want and the jobs that employers may provide. This report presents evidence on recent trends in career mobility and the consequences for individual workers in terms of pay and other job characteristics. It identifies key employer and public policies that can help facilitate career mobility that results in better employment choices at older ages. This requires overcoming discriminatory views towards older workers, improving job flexibility choices and ensuring that government policy supports voluntary career mobility.

► **Preventing and Addressing Violence and Harassment in the World of Work Through Occupational Safety and Health Measures**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL
2024

Genève, O.I.T.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_908897.pdf

Violence and harassment (V&H) is an issue that affects a vast number of workplaces throughout all countries of the world. There is growing evidence that no individual, no enterprise, no sector and no society can claim to be entirely free from V&H. More than one in five persons in employment have experienced it during their working life, according to the ILO's most recent estimates. This phenomenon is not confined to a specific workplace (office, workstation, factory, retail) but can occur when commuting to or from work, in the digital space through work-related communications, during work-related trips, events or social activities, and in home-based offices. V&H comes at great cost to individual workers' health, well-being and livelihoods, to enterprises' prosperity through reduced productivity, replacement, retirement and reputational damage, and to society as a whole through the potential loss of productive workers and through increased pressure on social services and welfare. Looking into the future, the problem may be further exacerbated by a number of factors that are changing the nature of work, such as new forms of employment contracts, the ageing workforce, work intensification, digital surveillance and poor work-life balance. The adoption of the ILO Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190), and of its accompanying Recommendation (No. 206) therefore marks a high-water mark of the international pledge to recognize the right of everyone to a world of work free from V&H. This commitment was strengthened in 2022, when the International Labour Conference decided to amend the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work (1998) to include "a safe and healthy working environment" as a fundamental principle and right at work, which is one of the strategies to address V&H in the world of work. This move also reflects the decade-long evolution of occupational safety and health (OSH) at work from covering safety risks to overall concern for maintaining both physical and mental well-being at work.

► **Labour Supply Responses to Reducing the Risk of Losing Disability Insurance Benefits**

PAUKKERI T. ET RAVASKA T.

2024

Helsinki, F.I.T. (WATT Working Paper 20)

<https://econpapers.repec.org/paper/fitwpaper/20.htm>

We study whether disability insurance (DI) recipients increase their labour supply after the introduction of an automatic reinstatement policy, i.e. a programme mitigating the risk of losing eligibility for DI benefits due to a trial period of substantially increased work. We use Finnish administrative data and identify the effect of the policy on partial DI recipients by using partial DI applicants whose application was rejected as a control group. Partial DI recipients by definition have substantial remaining work capacity and are therefore potentially more responsive to programmes affecting work incentives than full DI benefit recipients. The rejected individuals have similar work histories, health impairments and remaining work capacity to those who are allowed benefits, enabling us to estimate the effects of automatic reinstatement on labour supply with a credible control group. Based on our estimation results, automatic reinstatement of benefits increases annual earnings modestly, but for those with mental disorders the effect is larger

► **Télétravail : effets sur la santé et les conditions de travail : Revue de la littérature**

ROQUELAURE Y., CROS F., BODIN J., *et al.*

2024

Maisons-Alfort, Anses

<https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2021SA0091-Anx-RapportCRD.pdf>

L'objectif de ce document est de synthétiser les données de la littérature scientifique et les informations techniques sur l'impact du télétravail sur les conditions de travail et l'activité des travailleurs, la santé et les comportements de santé, la sécurité et le bien-être au travail. Il vise également à synthétiser les lignes directrices et conseils pratiques sur l'organisation et l'exécution du télétravail de manière à protéger et à promouvoir la santé physique et mentale et le bien-être social disponibles dans la littérature ou recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation internationale du Travail (OIT) (WHO and ILO 2021), les institutions et les agences sanitaires de l'Union européenne et de la France.

► **La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'organisation de la médecine du travail en France : Synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2024

Paris Irdes (Synthèses & Bibliographies Irdes)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-accidents-du-travail-et-l-organisation-de-la-medecine-du-travail-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse, tout d'abord, un historique de la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles en France. Elle présente l'organisation et les modalités de cette prise en charge, ainsi que le contenu de la réforme de 2010. Elle s'intéresse ensuite à la naissance et l'organisation de la médecine du travail. Elle s'accompagne d'une bibliographie et de sources électroniques.

► **Multi-expositions professionnelles à des nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire chez les salariés en 2016-2017 en France à partir de l'enquête Sumer**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2024

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/enquetes-etudes/multi-expositions-professionnelles-a-des-nuisances-ayant-un-effet-sur-le-systeme-cardiovasculaire-chez-les-salaries-en-2016-2017-en-france-a-partir>

Le but de cette étude était de décrire la multi-exposition de la population française salariée à un ensemble de nuisances (chimiques, physiques, psychosociales...) ayant des effets sur le système cardiovasculaire à des fins de prévention. Pour cela, des indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) de la multi-exposition aux nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire par grand secteur d'activité et domaine professionnel dans la population française de travailleurs salariés ont été déterminés à partir de l'enquête Sumer 2016-2017. L'étude s'est aussi attachée à la description de l'exposition à des nuisances susceptibles d'amplifier une exposition à une nuisance donnée ayant un effet sur le système cardiovasculaire. La multi-exposition à un ensemble de nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire a aussi été décrite dans deux sous-populations vulnérables : les femmes en âge de procréer et les salariés seniors (55 ans et plus).

► **Personality Traits As Moderators of the Effects of Working Hours on Mental Health**

SATO K. ET KURODA S.

2024

Tokyo, Research Institute of Economy, Trade and Industry (Rieti Discussion Paper Series 24-E-048)

<https://www.rieti.go.jp/publications/dp/24e048.pdf>

Although theoretical models of job stress have suggested that various worker characteristics and workplace conditions may moderate the effects of occupational burdens on workers' health, few studies have investigated the impact of working hours on mental health while considering individual and workplace characteristics. In this paper, we explore the impact of personality traits on the relationship between job burdens associated with long working hours and workers' mental health and evaluate these impacts over several measurement periods. Our findings are as follows. First, long working hours have more negative effects over long periods of time than over short periods. Second, people who are less extroverted and less open are more susceptible to the mental health effects associated with long overtime hours. These results suggest that company HR personnel and managers should consider the needs of employees who are less extroverted and less open, particularly if they consistently have long working hours.

► **Les effets du report de l'âge minimal de la retraite à 62 ans : une approche par catégories socio-professionnelles**

ZEMMOUR M.

2024

Paris, Presses de Sciences Po (LIEPP Working paper 161)

<https://sciencespo.hal.science/hal-04534855>

En utilisant l'enquête emploi, nous analysons par statistiques descriptives la situation des seniors vis-à-vis du marché du travail entre 2010 et 2019 au moment du passage de l'âge minimal de la retraite de 60 à 62 ans, en nous concentrant sur la situation spécifique des seniors « ni en emploi ni en retraite » (NER). Le taux d'emploi avant et après 60 ans a bien augmenté sensiblement du fait de la réforme, mais essentiellement du fait du maintien en emploi des personnes qui prennent leur retraite depuis l'activité. En revanche on n'observe qu'une faible baisse du taux de NER avant 60 ans et une forte hausse de celui-ci au-delà de 60 ans, ce qui signifie que la période « sans emploi ni retraite » s'allonge bien plus qu'elle ne se décale du fait de la réforme. Autrement dit « l'effet horizon » ne joue pas un rôle de premier ordre chez les NER. La situation NER est particulièrement prévalente chez les ouvriers (près d'un ouvrier sur 3 à 59 ans n'est ni en emploi ni en retraite). Elle est également plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, davantage protégés par le dispositif « carrière longue ». Par conséquent le décalage de l'âge d'ouverture des droits à retraite a eu des effets très différenciés par profession : alors que la hausse du taux d'emploi après 59 ans est le principal effet de la réforme chez les cadres, le principal effet de la réforme pour les ouvriers est l'allongement de la période ni en emploi ni en retraite (chômage, invalidité, inactivité). Les autres professions sont dans une situation intermédiaire.

Ageing**► Healthcare Efficiency and Elderly Mortality in Italy**ARLAND R. ET TCHOUNKEU Y.
2024**Ancôme, Università Politecnica Dellemarche (New Economics working Papers n° 485)**<https://econpapers.repec.org/paper/ancwpaper/485.htm>

The aim of this study is to assess the impact of healthcare efficiency on the mortality rate of elderly people aged 65 and 75 years old and over. To do this, we estimate a dynamic panel data model using the system generalised method of moments (SYS-GMM) on 106 Italian provinces over the period 2012-2019. To measure the efficiency index in the health sector, we apply the Data Envelopment Analysis (DEA) method. We also calculate the index via a bootstrap DEA method for robustness checks. Our results show that, on average, a 10% increase in healthcare efficiency at the Italian provincial level reduces the mortality rate of older adults by approximately 2% to 3%. Improving healthcare efficiency is crucial in enhancing the health services for the elderly and reduce mortality for this age group. Our findings could be helpful to policymakers in adopting measures that aim to increase healthcare efficiency, taking into account the specific needs of an aging population.

► L'impact d'un programme social sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés en FranceAUGE E. ET SIRVEN N.
2024**Economie et statistique(542): 180.**<https://www.insee.fr/statistiques/8186054?sommaire=8186084>

L'objectif du Programme d'actions pour une retraite indépendante (PARI), lancé en 2015 par le Régime social des indépendants, est de proposer une triple démarche, globale, proactive et ciblée, visant à favoriser le recours à différentes aides sociales des artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans dans une logique de prévention de la perte d'autonomie. L'hypothèse centrale est que l'élasticité de la demande de biens

et services médicaux est sensible aux aides sociales. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact causal du programme PARI sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés par une méthode de doubles différences. L'identification de l'effet repose sur une mise en œuvre du programme PARI dans les régions volontaires. Les résultats indiquent que le programme permet de réduire les comportements de soins ponctuels au profit d'une relation plus régulière avec le système de soins.

► Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisationBONNET C. ET BOURREAU-DUBOIS C.
2024**Strasbourg, BETA (BETA Working Paper 2024 – 09)**<https://ideas.repec.org/p/ulp/sbbeta/2024-09.html>

Les inégalités entre départements en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes ont été largement documentées. Cela concerne aussi bien les taux d'équipement que l'habilitation à l'aide sociale départementale, ou encore les tarifs des Ehpad. Pour permettre à terme d'apprécier les effets des politiques publiques en matière d'équité inter-départementale, nous proposons dans cet article un nouvel indicateur d'accessibilité géographique et financière aux EHPAD (AGFE). La particularité de cet indicateur est d'intégrer les trois contraintes qui pèsent sur le recours potentiel aux EHPAD : la quantité de places, leur implantation géographique et leur accessibilité financière. L'indicateur AGFE est calculé au niveau national et au niveau de chaque département à partir des données fiscales 2019 (FIDELI) et des données de l'enquête Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2019. Au niveau national, il met en évidence une accessibilité aux Ehpad très peu sensible au revenu pour les six premiers déciles de revenu, mais très fortement croissante au-delà : un individu de 75 ans ou plus appartenant au dernier décile de revenu a accès à un nombre de places trois fois supérieur à celui caractérisant une personne appartenant à l'un des six premiers déciles de revenu. L'analyse par département montre que la variabilité des politiques départementales, en particu-

lier en termes d'habilitation et de conventionnement à l'aide sociale, implique une variabilité plus ou moins forte de l'accessibilité par rapport au revenu.

► **The Design of Insurance Contracts For Home Versus Nursing Home Long-Term Care**

BORSENBERGER C. ET CREMER H.

2024

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 16978)

<https://docs.iza.org/dp16978.pdf>

We study the design of optimal (private and/or social) insurance schemes for formal home care and institutional care. We consider a three period model. Individuals are either in good health, lightly dependent or heavily dependent. Lightly dependent individuals can buy formal home care which reduces the severity of dependency and reduces the probability to become severely dependent in the next period. Severely dependent individuals pay for nursing home care. In both states of dependency individuals can receive a (private or public) insurance benefit (transfers). These benefits can be flat or depend on the formal care consumed (or a combination of the two). These benefits are financed by a premium (or a tax). Individuals may be alive until the end of period 2 or die at the beginning of periods 1 or 2 with a certain probability which may depend on their state of health. The laissez faire is inefficient because individuals consume a too low level of formal home care and are not insured. The first-best insurances scheme requires a transfer to lightly dependent individuals that, (under some conditions) increases with the amount of formal home care consumed. Severely dependent individuals, on the other hand, must receive a flat transfer (from private or social insurance). The theoretical analysis is illustrated by a calibrated numerical example which show that the expressions have the expected signs under plausible conditions.

► **Reforming the US Long-Term Care Insurance Market**

BRAUN R. A. ET KOPECKY K. A.

2024

Tokyo, The canon institute for global studies (CIGS Working Paper 24-005E)

<https://www.econbiz.de/Record/reforming-the-us-long-term-care-insurance-market-kopecy-karen/10014507319>

One in three 50-year-old Americans will spend over 90 days in a nursing home, with roughly one in ten facing out-of-pocket expenses exceeding \$200,000. Yet, only about 10 percent of individuals aged 65 or older possess private long-term care insurance (LTCI). While Medicaid provides benefits for those with minimal assets (about \$2,000 or less) and low income, its stringent means-test and private market frictions result in many retirees paying for long-term care (LTC) expenses out-of-pocket. As the American population ages, policymakers anticipate a rise in state and federal Medicaid expenditures. This chapter examines reforms to both public and private LTCI provision using a structural model of the US LTCI market. Three policies are considered: universal public LTCI, no public LTCI coverage, and a policy that exempts asset holdings from the Medicaid asset test on a dollar-for-dollar basis with private LTCI coverage. We find that this third reform enhances social welfare and creates a vibrant private LTCI market while preserving the safety net provided by Medicaid to low-income individuals.

► **Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social : Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2024**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2024

Paris, Cnsa

https://www.cnsa.fr/documentation/cs_aviscog1_attractivite_adopte-vf.pdf

Prenant en considération que la CNSA est l'un des opérateurs de la stratégie interministérielle de l'attractivité du secteur social et médico-social, un plan d'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie étant piloté, animé et suivi par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le Conseil scientifique a débattu autour de quatre dimensions principales : la criticité de l'enjeu, les déterminants de l'attractivité,

les leviers d'intervention associés et les besoins de connaissance (notamment en matière de statistiques).

► **Départs anticipés (pré-retraites, ruptures conventionnelles, carrières longues et retraite progressive)**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2024

Paris, C.O.R.

<https://www.cor-retraites.fr/reunions-du-cor/departs-anticipes-pre-retraites-ruptures-conventionnelles-carrieres-longues>

Bien que le calcul de la pension repose dans le système français de retraite sur la prise en compte de la durée d'assurance, la liquidation n'est pas possible avant l'âge légal d'ouverture des droits (64 ans à partir de la génération 1968 depuis la réforme de 2023), sauf dans certaines situations. Ce dossier a pour objet d'offrir un panorama des dispositions qui permettent de liquider sa retraite à un âge inférieur à l'âge légal ou d'arrêter de travailler en continuant à toucher une rémunération ou un revenu de remplacement. Elles concernent un peu plus de 40 % des départs et sont financées par le système de retraite, l'assurance chômage ou par les entreprises elles-mêmes.

► **Paying For Advance Care Planning in Medicare: Impacts on Care and Spending near End of Life**

CHEN A. ET LI J.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4725359

Spending at end of life (EOL) accounts for a large and growing share of healthcare expenditures in the US, and often reflects aggressive care with questionable value for dying patients. Using a novel instrumental variables approach, we conduct the first study on the causal effect of Medicare reimbursement for advance care planning (ACP)—the process of discussing and recording patient preferences for goals of care—on outcomes near EOL for critically ill Medicare patients. We find that billed ACP services substantially increase hospice spending within a year, with corresponding increase in one-year mortality. However, among those who die, death is significantly less likely to occur in the hospital, and total and inpatient spending within

the last 30 days of life fall significantly. The impacts of ACP services on EOL outcomes are magnified among patients with cognitive impairment and those with lower socioeconomic status. Our findings suggest that paying for ACP services can be promising in improving patients' quality of life at EOL while lowering EOL spending, especially for patients most vulnerable to receiving aggressive EOL care.

► **En 2024, la réforme du minimum contributif augmente la pension de 185 000 nouveaux retraités**

CHOPARD M.
2024

Etudes et résultats (Drees)(1297)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/ER1297.pdf>

Cette étude se penche sur le minimum contributif (Mico), le minimum de pension de base des salariés du secteur privé et des indépendants. Renforcé par la réforme des retraites de 2023 (hausse de 100 euros, notamment), ce dispositif vise à relever les pensions qui sont faibles en raison de carrières cotisées sur la base de faibles salaires. L'objectif de cette étude est de détailler l'impact de cette réforme sur les bénéficiaires du Mico, à court et long termes. Plus largement, il s'agit de décrire ces bénéficiaires et de quantifier l'effet redistributif de ce dispositif de solidarité du système de retraite. Les résultats sont obtenus à l'aide du modèle de microsimulation Trajectoire de la DREES, dont le code est diffusé en open source.

► **Closing the Gap at the Age of 65: Evidence From the Medicaid Expansions**

CHUNG S. H. ET JUN D.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4759778

In the U.S., individuals in their early 60s often face limited healthcare access until they turn 65 and qualify for Medicare, a program providing universal health insurance coverage. This creates a gap in health insurance coverage at the age of 65, leading many to delay care to minimize out-of-pocket expenses. Our research examines whether Medicaid expansion in 2014, under the Affordable Care Act, for adults under 65 has reduced this gap and lowered the likelihood of care

delay. Using a novel difference-in-differences-in-discontinuity method, we analyze two national survey datasets: the Health and Retirement Survey (HRS) and the American Community Survey (ACS). Our findings indicate that Medicaid expansion has decreased the gap in health insurance coverage at age 65 by 4.0 and 3.1 percentage points for HRS and ACS, respectively, representing reductions of 24.5% and 19.6% in the initial gap. This reduction is primarily due to changes in public health insurance coverage. However, although we note some associated shifts in health status and healthcare utilization, the majority of the estimates lack statistical significance.

► **Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile : Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations**

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

2024

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

<https://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique8>

Le soutien aux projets de vie « à domicile » s'est imposé comme l'axe central du projet politique d'accompagnement des personnes âgées, fragiles ou vulnérables et plus globalement du vieillissement de la société. Le Conseil de l'Âge a donc souhaité contribuer au débat et à la décision publique sur la question du « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile ». Son objectif était d'identifier les conditions de nature à garantir aux personnes âgées, vulnérables ou non, des réponses adaptées à leurs besoins et aspirations, d'analyser dans quelle mesure elles sont réunies aujourd'hui et de proposer le cas échéant des orientations et adaptations pour qu'elles le deviennent effectivement.

► **Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population**

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

2024

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

https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/eclair_age_i_grands_courants_d_approche_de_l_autonomie_des_personnes_agees_vulnerables_dans_les_pays_confrontes_au_vieillissement_de_leur_population_i_janvier_2024.pdf

Les travaux conduits en 2023 par le conseil de l'âge du HCFEA portent sur les éléments conditionnant, pour les personnes âgées vulnérables, le bien-vivre et bien-vieillir à domicile. Les perspectives démographiques et la volonté d'un virage domiciliaire très ambitieux rendent en effet nécessaire l'analyse de l'adéquation de la réponse apportée aujourd'hui aux besoins et aux aspirations de ces personnes et l'identification des progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine.

► **Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA**

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

2024

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

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

Cet Eclair 'Âge revient sur la genèse des plafonds de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), mécanisme central de l'allocation des ressources collectives pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées vulnérables à domicile. Son objet est de comprendre la logique et les propriétés de la grille AGGIR, principal outil mobilisé pour l'évaluation, préalable à l'élaboration d'un plan d'aide APA, de la situation et des besoins des personnes âgées vulnérables. Ces travaux documentent également l'usage pratique de cet outil dans le cadre de l'APA à domicile, en s'appuyant notamment sur les retours des équipes médicosociales des départements, en charge de la définition des plans d'aide APA. Ces résultats sont mis en perspective des droits reconnus à chacun en termes de couverture des besoins, avec un regard sur d'autres outils de définition et/ou d'évaluation utilisés dans le champ de l'autonomie, dans les secteurs des personnes âgées vulnérables.

rables et du handicap. Ces analyses mettant en lumière plusieurs limites des modalités actuelles d'allocation des aides à l'autonomie, des pistes d'évolution sont envisagées sur la base de ces différents constats.

► **Vivre au-delà de 105 ans : quand l'improbable devient réalité**

MESLE F., VALLIN J. ET CAMARDA C. G.
2024

Population et Sociétés(621)

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/vivre-au-dela-de-105-ans-quand-l-improbable-devient-realite/>

Le nombre de décès aux très grands âges a considérablement augmenté dans les deux dernières décennies. Le décompte exact de ces décès que documente la base de données internationale sur la longévité n'est établi qu'après un processus strict de validation de l'âge. Ce sont essentiellement des femmes qui atteignent ces grands âges. Les supercentenaires (110 ans ou plus) sont surreprésentés aux Antilles

► **Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements**

VIGNAU M.
2024

Paris, C.E.S.E.

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/soutenir-lautonomie-les-besoins-et-leurs-financements>

Pour répondre au risque de la perte d'autonomie auquel sera confronté l'ensemble de la population : une cinquième branche de la Sécurité sociale a été créée en 2021, portée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il est alors nécessaire qu'elle puisse agir comme une caisse à part entière, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Pour le CESE, cette création, portée par la CNSA, ne doit pas avoir une portée seulement technique et financière, elle doit, au même titre que la maladie, la famille, la vieillesse ou les accidents du travail et maladies professionnelles, couvrir ce risque selon les principes de la Sécurité sociale, en ouvrant donc logiquement et légitimement des droits sociaux.

► **Liberated From Care: Long-Term Care Insurance Policy and Employment For Women**

ZHU G.
2024

Münich, M.P.R.A. (MPRA Paper 120472)

<https://ideas.repec.org/p/pramprapa/120472.html>

In the context of an increasingly aging population, this paper examines the economic incentives of long-term care insurance policies for women to disengage from informal care responsibilities within the household. Through constructing both theoretical analytical frameworks and empirical identification strategies, we seek to comprehend the causal relationship between women benefiting from long-term care insurance policy pilot programs and their entry or re-entry into the labor market. Our findings indicate that long-term care insurance policies significantly stimulate female employment. This discovery implies that aiding women in shifting family responsibilities to the market contributes to enhancing female labor participation. Robustness checks corroborate our findings, and the outcomes of competitive hypotheses demonstrate that alleviating family care burdens is more conducive to promoting female employment than providing care job opportunities. Further analysis suggests that long-term care insurance policies may also potentially undermine China's "raising children to support old age" mechanism and the preference for sons over daughters. However, there exist heterogeneities concerning enhancing women's bargaining power in both the household and society.

Index des auteurs Author index

A

Abramson B.....	48
Action Tank Entreprise et Pauvreté	37
Adams A.	35 , 42
Adewoyin R.	18
Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail	63
Aguilar G.	18
Allassonniere S.....	27
Allermoz E.....	52
Almeida J.	13
Almeida V.....	33
Anderson P.	27
Andler R.	30
Anses	63
Arabadzhyan A.	16
Aravena J.....	52
Arland R.	69
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.....	24
Attia V.	40
Aubin H. J.	31
Audibert M.....	60
Auge E.	47 , 52 , 69
Aygun A.	48

B

Baird B.	59
Baioliya N.....	30
Bambra C.	50
Barron J.	20
Basellini U.....	15
Beech J.....	38
Biais M.	52 , 53
Bianco E.	53
Bienassis K. D.....	63
Bleuzen-Her E.....	34
Boctor A.....	34
Bodin J.	67
Boerma J.	48
Bonal C.	33
Bonnet C.....	69
Bor J.H.	39
Borsenberger C.	70

Boucekkine R.	41
Bourreau-Dubois C.....	69
Brabant G.....	32
Braun R. A.	70
Bricard D.	16 , 47 , 52
Brockett P.....	13
Brunn M.	24

C

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	70
Camarda C.	73
Camarda C. G.	15
Carey C.	40
Carnazza G.....	34
Cartailler J.....	37
Cassou M.	52 , 53
Castelli A.	16
Chakraborty S.	41
Chambon N.....	49
Chavet S.	53
Chen A.....	17 , 36 , 71
Chen X.	52
Chevillard G.....	33 , 34
Chopard M.	71
Chung S. H.	71
Coldefy M.....	51
Colombo F.	59
Comité consultatif national d'éthique	40
Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires	44
Conseil d'orientation des retraites	71
Conseil National des Politiques de lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale	13
Corman H.....	35
Costemalle V.	25
Cour des comptes	14 , 24 , 43 , 53 , 63
Cremer H.....	17 , 70
Cros F.	67
Cutler D. M.....	39

D

Dagistan L.....	55
Daly M.	40
Dammak S.	53
Daniel F.....	32 , 36
Darden M. E.....	59
Da Silva M. A.	38
Daysal N. M.....	64
De Cock J.....	61
Dedet G.....	59
Deguen S.....	42
Demaziere D.....	41
De Mello-Sampayo F.	42
De Seze M.....	54
Dickstein M. J.,.....	17
Direction générale de l'offre de soins	57
Dragano N.....	64
Dubois Y.	36
Duguet E.....	65
Dupont-Leclerc M. M.....	41
Du Roscoat E.....	49
Durrleman S.....	27

E

Echevin D.	60
Espagnacq M.....	35 , 36
Evans W. N.	64

F

Falkenbach M.....	60
Fédération des Acteurs de la Solidarité	38
Fenney D.....	59
Fidel D.....	40
Figueras J.	60
Fillipin A.....	60 , 64
Finkelstein A.	18
Fondation Jean Jaurès	14
Fortin B.	60
Franc C.....	52 , 53
Fraser C.....	38
Fraysse J.	27
Freedman S.....	17 , 36
Fu H.....	29
Fuller G.....	25

G

Gaini M.....	40
Gandhi A.	18 , 19
Gandre C.	51
Gaughan J.	16
Gaymu J.	42
GerÖ, K.....	64
Gertler P.....	54
Goenka A.....	41
Golden L.	13
Gomez Ugarte A. C.	15
Graczyk H.....	26
Gravel N.....	38
Greer S.	60
Gruber J.	18
Grund C.....	64
Guanais F.	59
Guariso D.....	18
Guillaume S.	35

H

Haan P.	55
Haglin K.....	22
Haidar S.	32
Hakonarson H.....	35 , 42
Hamaaki J.	20
Hammitt J. K.	23
Hardiman A.	14
Hasager L.	39
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge	72
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie	55
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale	19
Haute Autorité de santé	31 , 37 , 45 , 48 , 49
Hiilamo H.....	62
Hoffman C.....	33
Houndetoungan A.....	60
Houzard S.....	32

I

Ibuka Y.....	20
Institut national du cancer	43
International social security agreements in Europe.....	20

J

Jefferies D.....	59
Jeon J.	17
Jessen L. J.	39
Jones E.....	20
Jorgensen M.	39
Ju H.....	24
Jun D.	71
Jusot F.....	20

K

Kalb G.	55
Karanikolos M.	62
Karpati D.	21
Keese M.....	25
Khlat M.	31
Kim S.....	21
Kirchner C.....	28
Klein T. J.	14
Kloke-lesch A.	25
Kluender R.	21
Koehne S.....	39
Koh K.	21
Koning S.	33
Kopecky K. A.	70
Krekel C.	50
Kuroda S.	68
Kwan A.....	54

L

Lafortune G.	25 , 55 , 63
Lagravinese R.	34
Lardeux R.	65
Lavallee C.	45
Le Bail M.....	37
Legleye S.	31
Légrand J.....	56
Lemoine A.	20
Leon C.....	49
Leray E.	35 , 65
Le Thi C.	25
Levy M.	44
Liberati P.	34
Li J.....	40 , 71
lin M.....	18
Liu H.	18

Liu N.	31
Livonen S.	62
Londeix P.	43
Lozachmeur J. M.	17
Lucas-gabrielli V.	34
Lyou W.	21

M

Macis M.	59
Maertens de Noordhout C.	44
Mahe H.	54
Mahoney N.....	21
Malavasi C.	65
Manavgat G.	60
Mantovani M.....	60 , 64
Marcolin L.	25
Margolis L.....	66
Markou E.	42
Marsaudon A.	31
Martin J.....	43
Mathieu-Bolh N.....	22
Maugendre E.	40
Mckee C. M.	62
Meekes J.....	55
Melchior M.....	42
Mesle F.	73
Messarar-Haddouche Z.	56
Met N.	56
Miller R.....	30
Minery S.	22
Ministère chargé de la Santé.....	15
Molina T.....	49
Molinier G.	24
Moll M.	56
Mondeilh A.	32
Morales E.....	17
Morize N.....	57
Morrisette J.	41
Motta M.	22
Mousques J.	34
Munnich E.....	17 , 36

N

Nekoei A.	23
Neumann-Böhme S.....	46
Nieben A.	64
Noonan K.	35

Nordlinger B.....	28
Notowidigdo M. J.	18
Nuess P.	39
Nygaard V. M.	30

O

OCDE.....	32 , 41 , 66
Okkels Birk H.....	61
Olenki A.	18 , 19
Oliveira F.....	13
Oparina E.	50
Organisation internationale du travail	57 , 66
Organisation mondiale de la santé.....	28
Or Z.	22 , 26 , 37

P

Padget M.....	24
Padilla C.....	33
Paffenholz M.	50
Papandrea D.....	26
Papon S.	15
Paukkeri T.....	67
Pedersen M. H.	64
Pennec S.....	42
Picolet E.	49
Pinot J.....	46
Pitti L.	56
Pora P.....	65
Privault S.....	47

Q

Quatremere G.	30
--------------------	----

R

Ravaska T.....	67
Raynaud D.....	47
Regaert C.	36 , 65
Reichman N.	35
Réseau Français ville-santé.....	26
Richard J. B.	30
Rios Guardiola L.....	34
Robinson L. A.	23
Roquelaure Y.	67

Ros E.	29
Rudkjobing A.	61
Ruffini K. J.	18

S

Sabat I.....	46
Safon M. O.....	23 , 67
Salma M.	14
Santé publique France.....	46 , 50 , 67
Sato K.	68
Schlegel V.....	46
Scott N.	26
Seppanen A.	26
Seppanen A. V.....	32
Shift Project	44
Siffrein-blanc C.....	45
Sigurdsson J.....	23
Simpson J.	50
Sirven N.....	69
Slegerova L.....	58
Smith J.....	38
Speranza J.	49
Srisuma S.	50
Stargardt T.	46
Suarez castillo M.....	25
Suarez Castillo M.....	27
Sylvain-Morneau J.	38

T

Tang Y.....	24
Tchiombiano S.	54
Tchounkeu Y.....	69
Tervola J.....	62
Tirgil A.....	48
Touitou-Burckard E.....	51
Touzet H.	47
Tron A.	46

U

Upadhyay S.....	14
URPS Kinés	58

V

Vallin J.....	73
Vignau M.....	73
Vigneron E.....	34
Vrangbaek K.....	61
Vuillermoz C.....	42

W

Wahrendorf M.	64
Ward J.....	47
Wehr D.....	23
Wildman J.....	50
Willianson S.	20
Wnuk I.	55
Wong F.	21

Y

Yang C. C,	13
Ye H.	65

Z

Zemmour M.....	68
Zhang M.	24
Zhang X.	29
Zhan J.....	29
Zhu G.	73
Zimmermann J.	62

