

# Veille scientifique en économie de la santé

## *Watch on Health Economics Literature*

**Octobre 2021 / October 2021**

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health- Medical Technologies</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision - Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaire	<i>Primary Health Care</i>
Système de santé	<i>Health System</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](http://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](http://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](http://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](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

### **Veille scientifique en économie de la santé**

**Directeur de la publication**

Denis Raynaud

**Documentalistes**

Marie-Odile Safon  
Véronique Suhard

**Maquette & Mise en pages**

Franck-S. Clérembault

### **Watch on Health Economics Literature**

**Publication Director**

**Information specialists**

**Design & Layout**

ISSN : 2556-2827

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

# Sommaire Contents

## Assurance maladie Health Insurance

- 13 **The Impact Of A Private Supplement To Public Health Care: The Mexico Diabetes Experiment**  
Bronsoler A., Gruber J. et Seira E.
- 13 **La réforme de la complémentaire santé solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?**  
Cornu Pauchet M., Bellabas A., Despierre B., et al.
- 13 **Rapport d'activité de la médiation de l'Assurance Maladie pour 2020**  
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
- 14 **Retour sur 2020, l'année du renouveau de la complémentaire santé solidaire**  
Complémentaire Santé Solidaire
- 14 **Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient**  
Cour des Comptes
- 14 **Heterogeneity In The Impact Of Privatizing Social Health Insurance: Evidence From California's Medicaid Program**  
Duggan M., Garthwaite C. et Wang A. Y.
- 15 **Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ?**  
Franc C., Raynaud D., Barnay T. c., et al.
- 15 **Switching Costs In Competitive Health Insurance Markets: The Role Of Insurers' Pricing Strategies**  
Lamiraud K. et Stadelmann P.
- 15 **Construire une protection sociale-écologique : le cas de la France face aux canicules**  
Laurent E.
- 16 **Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011**  
Loiseau R.

## Économie de la santé Health Economics

- 16 **Physician Response To Prices Of Other Physicians: Evidence From A Field Experiment**  
Barkowski S.
- 16 **The Impacts Of Aging, Income And Urbanization On Health Expenditures: A Panel Regression Analysis For OECD Countries**  
Boz C., Tas N. et Onder E.
- 17 **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : charges et produits 2022**  
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
- 17 **Avis du Comité d'alerte n° 2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**  
Comité d'Alerte de l'Ondam
- 17 **Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021**  
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
- 18 **Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise : concilier soutien à l'activité et soutenabilité**  
Cour des Comptes
- 18 **Urgent Care Centers Reduce Medicare Spending?**  
Currie J., Karpova A. et Zeltzer D.
- 18 **Beyond Health: Non-Health Risk And The Value Of Disability Insurance**  
Deshpande M. et Lockwood L.
- 18 **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020**  
Vanlerenberghe J. M.
- Covid**
- 19 **The Social Value Of A SARS-Cov-2 Vaccine: Willingness To Pay Estimates From Four Western Countries**  
Costa Font J., Rudisill C., Harrison S., et al.

19 **Health Expenditures And The Effectiveness Of Covid-19 Prevention In International Comparison**

Hansen J., Reinecke A. et Schmere H. J.

20 **Coronavirus And The Economic Value Of Human Life**

Jessop J.

20 **Turning A Blind Eye: Have Economists Been Ignored During The Pandemic?**

Ormerod P.

20 **Recent Trends In Disability And The Implications For Use Of Disability Insurance**

Waidmann T., Choi H., Schoeni R. F., et al.

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

21 **Baromètre du numérique 2021**

Croutte P. et Muller J.

21 **Telepsychology In France Since Covid-19. Training As Key Factor For Telepsychology Practice And Psychologists' Satisfaction In Online Consultations**

Haddouk L. et Milcent K.

22 **Évaluation des applications dans le champ de la santé mobile (mHealth) : État des lieux et critères de qualité du contenu médical pour le référencement des services numériques dans l'espace numérique de santé et le bouquet de services professionnels**

Haute Autorité de santé

22 **Les pratiques de gouvernance et d'accès aux données de santé dans le monde : restitution du benchmark 2020**

Health Data Hub

22 **Ethics And Governance Of Artificial Intelligence For Health**

Organisation Mondiale de la Santé

22 **The Protection Of Personal Data In Health Information Systems - Principles And Processes For Public Health**

Organisation Mondiale de la Santé

23 **Le télésoin au coeur de l'innovation des parcours en santé : Livre blanc**

Salles N. et Canipel L.

23 **Télémédecine et télésoin : l'essentiel pour pratiquer**

Simon P. et Moulin T.

23 **L'ouverture des données de santé à la recherche en France**

Suhard V.

23 **The Impact Of Increased Access To Telemedicine**

Zeltzer D., Einav L., Rashba J., et al.

### **Covid**

24 **Rapport d'information sur les crises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés**

Guillot V., Lavarde C. et Savary R. P.

24 **La gouvernance des données de santé : leçons de la crise du Covid-19 en Europe, en Chine et aux États-Unis**

Martinez J. et Tonon C.

25 **Does Telemedicine Transcend Disparities Or Create A Digital Divide? Evidence From The COVID-19 Pandemic**

McCullough J., Ganju K. K. et Ellimootil C.

## **État de santé** *Health Status*

25 **Pesticides et effets sur la santé : nouvelles données**

Baldi I., Botton J., Chevrier C., et al.

25 **Life Satisfaction And Body Mass Index: Estimating The Monetary Value Of Achieving Optimal Body Weight**

Baldursdottir K., McNamee P., Norton E. C., et al.

26 **Rapport final sur le modèle international de simulation des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool. Résultats pour la France**

Devaux M., Aldea A., Lerouge A., et al.

26 **Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance**

Duche P., Billette-De-Villemeur A., Com-Ruelle L., et al.

26 **Cigarette Taxes, Smoking, And Health In The Long-Run**

Friedson A. I., Li M., Rees D. I., et al.

- 27 **Selon les polluants atmosphériques, les effets immédiats sur les admissions aux urgences et sur la mortalité diffèrent**  
Godzinski A. et Suarez M.
- 27 **Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Synthèse**  
Inserm
- 27 **Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes**  
Inca, Santé Publique France
- 27 **Rapport d'information sur les conditions de la vie étudiante**  
Lafon L.
- 28 **L'utilisation des écrans et la santé des jeunes : pistes d'action pour une approche préventive**  
Lemetayer F. et Papineau E.
- 28 **Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**  
Ligue contre l'Obésité
- 28 **Quand notre environnement nous rend obèses : comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?**  
Pech A.
- 29 **La surmortalité des jeunes adultes est-elle naturelle ?**  
Remund A. et Cavarda G.C.
- 29 **Exposition aux métaux de la population française : résultats de l'étude Esteban**  
Santé Publique France
- 29 **Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019**  
Vilain A., Fresson J. et Rey S.

## **Covid**

- 30 **Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour Covid-19 : analyse comparative de données des deux vagues épidémiologiques de 2020 en France à partir d'une cohorte de 67 millions de personnes**  
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

- 30 **Pour un système d'information au service du respect des droits des usagers et de la gestion de l'épidémie Covid-19 au sujet de 3 enjeux essentiels : infections associées aux soins, déprogrammation des soins, Covid long : avis du 25 mai 2021**  
CCL-COVID

## **Géographie de la santé** *Geography of Health*

---

- 30 **Qu'est-ce que le « rural » ? Analyse des zonages de l'Insee en vigueur depuis 2020**  
Bouba-Olga O.
- 31 **Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ?**  
Chevallard G., Lucas-Gabrielli V., Mousques J., et al.
- 31 **Neighborhoods Matter: Assessing The Evidence For Place Effects**  
Chyn E. et Katz L. F.
- 31 **Diagnostic territorial**  
PromoSanté Ile-de-France
- 31 **Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire**  
Raynaud J. et Le Boulter S.

## **Handicap** *Disability*

---

- 32 **Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés**  
Baradji E.
- 32 **L'essentiel sur le rapport d'information relatif à la gestion de l'allocation aux adultes handicapés : propositions pour renforcer les moyens et le pilotage des MDPH**  
Bazin A. et Bocquet E.
- 32 **Handicap**  
Brasseur P.
- 33 **Accessibilité aux soins : Cas particulier des personnes malentendantes et sourdes**  
Conseil National de l'Ordre des Médecins

- 33 **Connaître, définir, sensibiliser, combattre les stéréotypes et les préjugés à l'égard des personnes handicapées. Rapport préliminaire**  
Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
- 33 **Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées**  
Le Défenseur des Droits
- 33 **European Comparative Data On Europe 2020 And Persons With Disabilities**  
Grammenos S.
- 34 **Mission PCH : rapport**  
Leguay D.

## Hôpital Hospital

---

- 34 **Vers une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires**  
Gouvernement
- 34 **Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé**  
Haut Conseil de la Santé Publique
- 35 **Regulated Revenues And Hospital Behavior: Evidence From A Medicare Overhaul**  
Gross T., Sacarny A., Shi M., et al.
- 35 **Assessing The Quality Of Public Services: Does Hospital Competition Crowd Out The For-Profit Quality Gap?**  
Kunz J. S., Propper C., Staub K., et al.
- 35 **Should I Wait Or Should I Go? Travelling Versus Waiting For Better Healthcare**  
Lippi Bruni M., Ugolini C. et Verzulli R.
- 35 **Les établissements de santé - édition 2021**  
Toutlemonde F.

### Covid

- 36 **Hospitalisations pour Covid-19 en Île-de-France : déterminants socio-spatiaux de la morbidité sur la période de mars à mai et octobre à décembre 2020**  
Firdion L., Feron V., Mangeney C., et al.

## Inégalités de santé Health inequalities

---

- 36 **Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé dégradé et un bien-être psychologique fragile**  
Calvo M.
- 36 **The Impact Of Growing Health And Mortality Inequalities On Lifetime Social Security Payouts**  
Hudomiet Hurt M. D. et Rohwedder S.
- 37 **Les inégalités face à la santé**  
Jusot F., Barnay T., Samson A. L., et al.
- 37 **Moving To Better Healthcare? Estimating The Causal Impact Of Medicaid Expansion On Homelessness**  
Kumar A.
- 37 **Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres**  
Lapinte A. et Legendre B.
- 38 **Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020**  
Lardeux R., Papuchon A. et Pirus C.
- 38 **La fabrique des inégalités sociales de santé : Enquête sur la prise en charge des malades du cancer**  
Loretti L.
- 38 **Rapport sur les inégalités en France : éditions 2021**  
Observatoire des Inégalités
- 38 **Des disparités de revenu plus élevées dans les grandes villes**  
Pirou D.
- 39 **Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères**  
Poucineau J., Bricard D. et Dourgnon P.

### Covid

- 39 **The Great Unequalizer: Initial Health Effects Of COVID-19 In The United States**  
Alsan M., Chandra A. et Simon K. I.

- 39 **Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population ?**

Audy E., Gamache L., Gauthier A., et al.

- 40 **Inequality In Life And Death**  
Eichenbaum M. S., Rebelo S. et Trabandt M.

- 40 **Death And Destitution: The Global Distribution Of Welfare Losses From The COVID-19 Pandemic**  
Ferreira F. H. G., Sterck O. et Mahler D.

- 40 **Innovation And Health Disparities During An Epidemic: The Case Of HIV**  
Hamilton B., Hincapie A., Kalish S. C., et al.

- 41 **L'explosion des inégalités : classes, genre et générations face à la crise sanitaire**  
Lambert A., Cayouette-Remblière J. et Meda D.

- 41 **Health Care Visits During The COVID-19 Pandemic: A Spatial And Temporal Analysis Of Mobile Device Data**  
Wang J. et McDonald N.

## Médicaments Pharmaceuticals

- 41 **Le marché du médicament en officine de ville en 2020**  
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 42 **Rapport d'information en conclusion de la mission d'information sur les médicaments**  
Duffeu A. et Touraine J. L.

- 42 **Rapport d'information sur l'innovation en santé**  
Elmont-Koropoulis A. et Guillotin V.

- 42 **The Pharmaceutical Industry In Figures 2020**  
Fédération Européenne des Associations et Industries Pharmaceutiques

- 42 **Monitoring The Impact Of Covid-19 On The Pharmaceutical Market EU4 & UK**  
IQVIA

- 43 **Does Prescribing Appropriateness Reduce Health Expenditures? Main Effects And Unintended Outcomes**  
Lucifora C., Russo A., Vigani D., et al.

- 43 **Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 : point de situation jusqu'au 25 avril 2021. 6e rapport**

Weill A., Drouin J., Desplas D., et al.

## Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

- 43 **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**  
Boneschi S. et Missegue N.

- 44 **Statistical Rethinking: A Bayesian Course With Examples In R And Stan**  
McElreath R.

- 44 **Guide pédagogique Health Data Hub : Note d'information aux personnes**  
Health Data Hub

### Covid

- 44 **Epidemiology And Control Of SARS-Cov-2 Epidemics In Partially Vaccinated Populations: A Modeling Study Applied To France**  
Bosetti P., Tran K. C., Andronico A., et al.

## Politique publique Public Policy

- 45 **Les grands défis économiques**  
Blanchard O. et Tirole J.

- 45 **Données de santé : Passer le cap citoyen !**  
Galissaire J.

### Covid

- 45 **Covid-19 : le panorama des 279 projets de recherche financés entre mars 2020 et avril**  
Agence Nationale de la Recherche

- 45 **Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid-19**  
Cour des Comptes

- 46 **À la bonne santé de tous les Européens ! Pour une agence de santé européenne unique**  
Creel J., Saraceno F. et Wittwer J.

- 46 **Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes relatif à la coordination par l'Union européenne des mesures nationales de gestion de la crise sanitaire**  
Karamanli M.
- 47 **Le financement et l'organisation de la recherche en biologie-santé**  
Longuet G. et Villani C.

## Politique de santé Health Policy

---

- 47 **La politique de santé en France**  
Bonnici B.
- 47 **Les politiques de lutte contre le cancer en France**  
Castel P., Juven P. A. et Veziar A.
- 47 **La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France**  
Fauchier-Magnan E. et Fenoll B.
- 48 **Introduction à l'économie politique de la santé**  
Faucon F. et Le Guillou Y.
- 48 **Rapport d'information sur les agences régionales de santé**  
Firmin-Le Bodo A. et Grelier J. C.
- 48 **Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé**  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
- 48 **Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis**  
Jusot F., Wittwer J., Dormont B., et al.
- 49 **Quatre ans de politique de santé en France : quinquennat d'Emmanuel Macron**  
Malatre-Lansac A.
- 49 **Séjour de la santé : un an des transformation pour le système de santé**  
Ministère chargé de la Santé

### Covid

- 49 **The Impact Of The COVID-19 Pandemic And Policy Responses On Excess Mortality**  
Agrawal V., Cantor J. H. et Sood N.

- 50 **Enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la Covid-19 des enfants et des adolescents : Avis du Comité National d'éthique**  
CCNE
- 50 **Covid, une crise qui oblige**  
Chambaud L.
- 50 **Direct And Spillover Effects From Staggered Adoption Of Health Policies: Evidence From COVID-19 Stay-At-Home Orders**  
Elenev V., Quintero L. E. et Rebucci A.
- 51 **Rapport d'information sur la stratégie vaccinale à mettre en œuvre pour limiter la quatrième vague de la pandémie**  
Jomier B.
- 51 **Les droits des usagers à l'épreuve du Covid : rapport de la Conférence nationale de la santé adopté en Assemblée plénière le 25 juin 2021**  
Ministère chargé de la Santé
- 51 **Quelles politiques de santé pour améliorer la qualité des soins ?**  
Or Z., Rochemaix L., Sirven N., et al.
- 52 **Premiers retours sur une épidémie**  
Pialoux G., Sliman G. et Vigouroux P.
- 52 **In The Wake Of The Pandemic: Preparing For Long COVID**  
Rajan S., Khunti K., Alwan N., et al.
- 52 **Réglementation et impact des différents usages du cannabis : rapport de la mission d'information commune**  
Reda R., Moreau J. B., Janvier M. C., et al.
- 52 **Loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification**  
Safon M. O.

## Politique sociale Social Policy

---

- 53 **Le logement adapté, un tremplin vers le logement ordinaire**  
Cabannes P. Y. et Chauvin P. A.



## Prévention Prevention

- 53 **Preventing Harmful Alcohol Use**  
OCDE
- 54 **Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé : analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient**  
Balle D.
- 54 **L'évaluation des politiques de prévention en santé publique**  
Juanico R. et Tamarelle-Verhaegue M.
- 54 **Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention**  
Metten M. A., Buyck J. F., David S., et al.

### Covid

- 55 **Association entre le vaccin anti-covid 19 de Pfizer-BioNTech et les événements cardiovasculaires graves chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Étude de pharmaco-épidémiologie à partir des données du système national des données de santé (SNDS)**  
Jabagii M. J., Botton J., Bertrand M., et al.
- 55 **Les aspects scientifiques et techniques de la lutte contre la pandémie de la Covid-19**  
Eliaou J. F., Iseul G., Lassarade F., et al.
- 55 **Could Vaccine Dose Stretching Reduce COVID-19 Deaths?**  
Wiesek W., Ahuia A., Kremer M., et al.

## Prévision - Evaluation Prevision - Evaluation

- 56 **Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le Fiva et l'Oniam**  
Debeaupuis J., Fillion S., Gintz R., et al.
- 56 **What Do We Know From The Vast Literature On Efficiency And Productivity In Healthcare? A Systematic Review And Bibliometric Analysis**  
See F. K., Grosskopf S., Valdmanis V., et al.

## Psychiatrie Psychiatry

- 57 **Rapport d'activité 2020**  
Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
- 57 **Mental Health And Related Issues Statistics**  
Eurostat
- 57 **L'observatoire Place santé : la santé mentale en France**  
Fédération Nationale de la Mutualité Française
- 57 **Bibliographie Santé mentale : Études publiées par les ORS depuis 2018**  
Fnors
- 57 **Santé mentale dans la première ligne : exemples internationaux**  
Fondation Roi Baudoin
- 58 **A New Benchmark For Mental Health Systems : Tackling The Social And Economic Costs Of Mental Ill-Health**  
OCDE
- 58 **Les déterminants de la santé mentale : synthèse de la littérature scientifique**  
Pereira A., Dubath C. et Trabichet A. M.

### Covid

- 59 **Women's Well-Being During A Pandemic And Its Containment**  
Bau N., Khanna B., Law C., et al.
- 59 **Mental Health Before And During The COVID-19 Pandemic: Mental Health Before And During The COVID-19 Pandemic: The Role Of Partnership And Parenthood Status In Growing Disparities Between Types Of Families**  
Hiekel N. et Kuhn M.
- 59 **L'impact en santé mentale du premier confinement lié à la COVID-19 sur les enfants confiés auprès d'assistants familiaux**  
Observatoire National de la Protection de l'Enfance
- 60 **Tackling The Mental Health Impact Of The COVID-19 Crisis: An Integrated, Whole-Of-Society Response**  
OCDE
- 60 **COVID-19 And Mental Health Of Individuals With Different Personalities**  
Proto E. et Zhang A.

60 **The Covid-19 Pandemic And Mental Health: Disentangling Crucial Channels**  
Siflinger B., Paffenholz M., Seitz S., et al.

61 **Improving Women's Mental Health During A Pandemic**  
Vlassopoulos M., Siddique A., Rahman T., et al.

## Sociologie

### Sociology

---

61 **Sociologie de l'argent**  
Blic D. d. et Lazarus J.

61 **La médecine : un mode de production industriel**  
Gicquel J. P.

62 **Consommer en France : Cinquante ans de travaux scientifiques au Credoc**  
Langlois S.

### Covid

62 **Covid-19 : une éthique sous tension**  
Gil R.

## Soins de santé primaire

### Primary Health Care

---

63 **Centres de santé pluriprofessionnels : Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique**  
Agence Nationale d'Appui à la Performance

63 **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2020**  
Conseil National de l'Ordre des Médecins

64 **Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France**  
Cassou M., Mousques J. et Franc C.

64 **Doing More With Less: Predicting Primary Care Provider Effectiveness**  
Currie J. et Zhang J.

65 **Ophthalmologie : déserts médicaux et délais d'attente moyens. Résultats d'une enquête**  
Del Bano J. P.

65 **A Denial A Day Keeps The Doctor Away**  
Dunn A., Gottlieb J. D., Shapiro A., et al.

65 **Do National Health Guidelines Increase Coordination Level Among Physicians? An Experimental Investigation**  
Castro M., F. et Romeo D.

65 **L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?**  
Isaac-Sibille C.

66 **Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients - Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale**  
Metten M. A., Buyck J. F. et Metten M. A.

66 **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée. Innovations dans cinq pays : le financement intégré des soins de maternité aux Pays-Bas**  
Michel L. et Or Z.

67 **Évolution de la relation médecin généraliste-patient à l'heure de la médecine digitale**  
Rouge-Bugat M. E. et Beranger J.

67 **Les professions paramédicales : sociologie et délégations de soins**  
Safon M. O. et Suhard V.

67 **Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la 'recertification' des professionnels de santé à ordre**  
Vinquant J. P. et Sandeau-Gruber A. C.

### Covid

68 **Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale**  
Fournier C., Michel L., Morize N., et al.

## Systeme de sante

### Health System

- 68 **International Comparison Of Specialist Care Organization. Innovations In Five Countries: Integrated Funding For Maternity Care In The Netherlands**  
Michel L. et Or Z.

#### Covid

- 69 **Sustainability And Resilience In The French Health System**  
Or Z. et Gandre C.

## Travail et sante

### Occupational Health

- 69 **Réussir le retour au travail après un arrêt maladie en cas de TMS**  
Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail
- 70 **Organisational Changes And Long-Term Sickness Absence And Injury Leave: A Difference In Difference Approach**  
Ben Halima M., Greenan N. et Lanfranchi J.
- 70 **The Health Externalities Of Downsizing**  
Ahammer A., Grubl D. et Winter-Ebmer R.
- 70 **Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé ?**  
Beque M.
- 71 **Career Effects Of Mental Health**  
Biasi B., Dahl M. S. et Moser P.
- 71 **Présentéisme pour maladie : une conséquence de l'organisation du travail ?**  
Hamon-Cholet S. et Lanfranchi J.
- 71 **How Do Job Conditions Amplify The Impacts Of Mental Health Shocks?**  
Jung D., Won Kwak W. D. et Tang K. K.
- 71 **Plan sante au travail 3 2016-2020. Bilan**  
Ministère chargé du Travail
- 72 **Does Pain Lead To Job Loss? A Panel Study For Germany**  
Piper A., Blanchflower D. G. et Bryson A.

#### Covid

- 72 **Covid-19 : quelles conséquences sur les conditions de travail et les risques psychosociaux ?**  
Beatriz M., Beque M., Coutrot T., et al.
- 72 **Quels sont l'ampleur et les facteurs de la contamination des travailleurs au Covid-19 ?**  
Coutrot T., Beatriz M., Beque M., et al.
- 73 **The Impact Of Covid-19 On Older Workers' Employment And Social Security Spillovers**  
Goda G. S., Jackson E., Hersch, et al.
- 73 **The Effects Of The COVID-19 Pandemic On The Mental Health And Subjective Well-Being Of Workers: An Event Study Based On High-Frequency Panel Data**  
Schmidtke J., Hetschko C., Schob R., et al.
- 73 **Help Wanted: How To Address Labour Shortages In Healthcare And Improve Patient Access**  
Wyonch R.

## Vieillesse

### Ageing

- 74 **Evolutions et perspectives des retraites en France : Rapport annuel du Cor**  
Conseil d'Orientation des Retraites
- 74 **Prise en compte de l'espérance de vie dans les modèles de simulation des régimes (2ème volet)**  
Conseil d'Orientation des Retraites
- 74 **Politiques de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagements du territoire**  
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age
- 75 **Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap : résultats de l'enquête pilote**  
Haute Autorité de Santé
- 75 **Retired At Last? Past Working Conditions And The Role Of Retirement In Health Status**  
Barnay T. et Defevbre E.
- 75 **Flexible Insurance For Informal Long-Term Care: A Study Of Stated Preferences**  
Bateman H., Wu S., Thorp S., et al.

- 76 **Does Informal Care Delay Nursing Home Entry? Evidence From Dutch Linked Survey And Administrative Data**  
Bergeot J. et Tenand M.
- 76 **The Effect Of Involuntary Retirement On Healthcare Use And Health Status**  
Biro A., Branviczki R., Elek P., et al.
- 76 **L'Ehpad du futur commence aujourd'hui**  
Broussy L., Guedj J. et Kuhn-Lafont A.
- 77 **Retirement And Health Outcomes In A Meta-Analytical Framework**  
Filomena M. et Picchio M.
- 77 **Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ?**  
Fontaine R., Gramain A., Wittwer J., et al.
- 77 **Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie**  
Jeandel C. et Guerin O.
- 77 **Comparison Of The Japanese And German Nursing-Home Sectors: Implications Of Demographic And Policy Differences**  
Karmann A. et Sugawara S.
- 78 **Comment les Français envisagent-ils le risque dépendance ? Une analyse à partir des données de l'enquête Pat€r 2020**  
Mahieu R.
- 78 **Trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 au cours de l'année 2020**  
Miron de l'Espinay A., Ricroch L.
- 78 **Pricing Long-Term Care For Older Persons : Case Study. France**  
Or Z. et Penneau A.
- 78 **Mettre le « value-based aging » au cœur des politiques de dépendance**  
Rapp T., Roquebert Q. et Sicsic J.
- 79 **The Effect Of Long-Term Care (LTC) Benefits On Healthcare Use**  
Serrano Alarcon M., Hernandez-Pizarro H. M., Lopez I. Casanova G., et al.
- 79 **Health Misperception And Healthcare Utilisation Among Older Europeans**  
Spitzer S. et Shaikh M.

**Health Insurance****► The Impact Of A Private Supplement To Public Health Care: The Mexico Diabetes Experiment**BRONSOLER A., GRUBER J. ET SEIRA E.  
2021**NBER Working Paper Series ;28913. Cambridge NBER.**<https://www.nber.org/papers/w28913>

There are ongoing debates around the world over the value of private supplements to public health insurance systems. We investigate this issue in the context of one of the world's deadliest diseases, diabetes, and one of the countries with the worst diabetes problems in the world, Mexico. We implement a novel deniers randomization approach to cost-effectively provide a causal estimate of enrollment in private supplement to the free public health system. Our final sample of more than 1000 diabetics randomized into a large price subsidy for enrollment in the private plan is well balanced. We estimate enormous impacts of the private supplement, with HbA1c blood sugar levels falling by a full point (relative to a control mean of 8.5%), and to increase the share of those treated who are under control by 69%. We show that this effect arises through both improved treatment compliance and health behaviors, and that diabetes complications fall even in the short run. The net costs of this intervention are at most one-third of the gross costs due to offsetting public sector savings, and the health benefits are many multiples of gross costs. But the returns to private care do not appear to reflect more productive delivery of care per visit, which is comparable in a separate quasi-experimental analysis of public insurance; rather, effects arise through more attachment to medical care in the private alternative.

**► La réforme de la complémentaire santé solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?**CORNU PAUCHET M., BELLABAS A., DESPIERRE B.,  
*et al.*  
2021**Saint-Etienne EN3S, Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.). Saint-Etienne**<https://en3s.fr/secudoc/produits-documentaires/publications-en3s/4099-2/>

Cette recherche-action des élèves de la 59<sup>e</sup> promotion de l'EN3S, dirigée par Marianne Cornu-Pauchet, analyse les impacts organisationnels du déploiement de la complémentaire santé solidaire (CSS) sur les caisses d'assurance maladie. Ce travail avait été synthétisé dans le dernier numéro de la revue Regards d'avril 2021.

**► Rapport d'activité de la médiation de l'Assurance Maladie pour 2020**CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE  
2021**Paris Cnam.**<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-07-01-cp-rapport-activite-mediation-2020>

Au-delà du règlement des situations individuelles entre les usagers et les caisses primaires d'Assurance Maladie, la médiation a comme mission de favoriser l'accès aux droits et aux soins, et d'améliorer la qualité de service rendu aux usagers. Le rapport d'activité pour 2020 comporte une présentation du rôle et de l'organisation de la médiation de l'Assurance Maladie (anciennement connu sous le nom de la conciliation) avec une direction nationale et un réseau de 107 médiateurs maillant le territoire. Les chiffres clés de l'activité des médiateurs : 35 793 saisines ont été ainsi traitées en 2020, un chiffre à peu près stable par rapport à 2019, après une hausse de 17 % entre 2018 et 2019. Compte tenu de la situation sanitaire, ce sont surtout les questions relatives à l'absence de revenus de substitution depuis plus de deux mois qui ont augmenté. A près de 70 %, elles proviennent directement des usagers et sont traitées dans plus de 9 cas sur 10, en étant soit

résolues, soit réorientées vers les bons interlocuteurs. Au-delà des résultats chiffrés, sont présentés des exemples de situations marquantes résolues grâce à l'intervention des médiateurs. Les cinq nouvelles propositions d'amélioration de la réglementation visent à faciliter la compréhension des assurés, leur accès aux droits et aux soins et la qualité des réponses apportées par l'Assurance Maladie.

► **Retour sur 2020, l'année du renouveau de la complémentaire santé solidaire**

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

2021

**La Complémentaire Santé Solidaire Et l'Accès Aux Soins(1)**

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/N%C2%B01%20-%20Revue%20de%20la%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire.pdf>

La « Revue de la Complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins » prend le relais de « Références », parution trimestrielle du Fonds complémentaire santé solidaire (ex Fonds CMU-C, disparu le 1<sup>er</sup> janvier dernier). Elle rappelle les grands chiffres de la réforme, dévoilés début juin. A fin mars dernier, le dispositif rassemblait 7,31 millions de bénéficiaires, « soit une progression de 3,2 points par rapport à fin octobre 2019 et de 5,7 points par rapport à mars 2020 », souligne le ministère de la Santé dans cette parution. Il relève toutefois une « légère baisse temporaire » des effectifs en fin 2019, liée à « l'appropriation de la réforme ».

► **Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient**

COUR DES COMPTES

2021

**Paris Cour des comptes.**

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

À la demande de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a enquêté sur les complémentaires santé et en particulier la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C et ACS). La Cour y relève que, contrairement à plusieurs de ses voisins, la France n'a pas choisi de mettre en place un système de plafonnement des dépenses annuelles de santé des ménages, ou « bouclier sanitaire ». Elle a plutôt privilégié le recours aux assurances complémentaires afin d'atténuer le reste

à charge des ménages. Dans ce but, de nombreuses mesures incitatives ont été prises et un dispositif public spécifique, la complémentaire santé solidaire, a été instituée pour les personnes les plus fragiles financièrement. Le système ainsi mis en place permet d'assurer à 96 % de la population une protection parmi les plus complètes. Pour les magistrats, ce haut niveau de couverture offert par le système français, combinant assurances obligatoires et complémentaires, s'avère néanmoins : coûteux (10 Md€ de « dépenses » fiscales et sociales) et favorable aux salariés du secteur privé, au détriment de ceux relevant du dispositif de la CSS et plus encore des inactifs, en particulier les retraités. Par ailleurs, la CSS, complexe, manque en partie sa cible, pourtant particulièrement vulnérable. De nombreuses faiblesses peuvent être corrigées selon la Cour qui formule plusieurs recommandations en ce sens. Elles ne résolvent toutefois pas totalement les problèmes les plus difficiles mis en évidence par l'instruction, ce qui ouvre la perspective de choix de plus long terme selon les magistrats : mettre en place un bouclier sanitaire ; désimbriquer les interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire ; approfondir la régulation existante, en assurant une transparence accrue des offres tout en encadrant le niveau des frais de gestion (voire du prix des garanties elles-mêmes).

► **Heterogeneity In The Impact Of Privatizing Social Health Insurance: Evidence From California's Medicaid Program**

DUGGAN M., GARTHWAITE C. ET WANG A. Y.

2021

**NBER Working Paper Series ;28944. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28944>

State governments face the classic "make or buy" decision for the provision of Medicaid services. Over the past two decades, the majority of states have outsourced the provision of social health insurance through Medicaid Managed Care (MMC) programs. These programs have been extensively studied in the literature – with little evidence of large positive or negative effects. However, most states initially allowed older and sicker enrollees to remain enrolled in the government run fee for service (FFS) programs. It is possible that these more fragile enrollees could have a different experience in managed care. In this paper we study California's mandatory enrollment of the

senior and persons with disabilities (SPD) population in MMC. We find this mandatory enrollment caused an increased use of the emergency department and transfers between hospitals. This was not simply a hassle cost for enrollees – we also estimate an increase in mortality for the affected population. These effects were strongest for the sickest enrollees – the types of enrollees that might be expected to have a different experience with managed care. Our results suggest the adverse impact of MMC varies by the enrollee health, which should inform the optimal outsourcing decision for governments.

► **Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ?**

FRANC C., RAYNAUD D., BARNAY T. C., *et al.*  
2021

In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.]. Paris : Éditions Eska: 83-104.

Les spécificités du risque maladie, souvent qualifié de risque santé, contraignent fortement les systèmes d'assurance et de financement. La théorie économique a permis de mettre en évidence des arguments importants pour justifier la mise en place d'une assurance publique et/ou d'une régulation forte du secteur de l'assurance quand il est géré par des opérateurs privés. Dans une première partie, nous exposerons ces arguments et montrerons en quoi une assurance publique et une régulation forte de l'assurance privée permettent de favoriser l'accès financier aux soins, notamment des personnes ayant des besoins de soins importants et ou de faibles revenus. Dans une seconde partie, nous présenterons la situation bien particulière de la France, où l'assurance maladie privée est principalement complémentaire. Dans une troisième partie, nous présenterons les principales orientations de la régulation du marché de l'assurance complémentaire et de son articulation avec l'assurance publique qui ont, selon les périodes, soit favorisé le recours aux soins via une meilleure couverture d'assurance, soit limité les dépenses en limitant le périmètre de la couverture d'assurance.

► **Switching Costs In Competitive Health Insurance Markets: The Role Of Insurers' Pricing Strategies**

LAMIRAUD K. ET STADELMANN P.  
2020

Essec Research Center Working Paper ; hal-02635107. Cergy-Pontoise Essec.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ebg:essewp:dr-20004&r=&r=he>

Our article deals with pricing strategies in Swiss health insurance markets and focuses on the relationship between basic and supplementary insurance. We analyzed how firms' pricing strategies (i.e., pricing of basic and supplementary products) can create switching costs in basic health insurance markets, thereby preventing competition in basic insurance from working properly. More specifically, using unique market and survey data, we investigated whether firms use bundling strategies or supplementary products as low-price products to attract and retain basic insurance consumers. To our knowledge, this is the first paper to analyze these pricing strategies in the context of insurance/health insurance. We found no evidence of bundling in the Swiss setting. We did however observe that firms used low-price supplementary products that contributed to lock in consumers. A majority of firms offered at least one of such product at a low price. None offered low-price products in both basic and supplementary markets. Low-price insurance products differed across firms. When buying a low-price supplementary product, consumers always bought their basic contract from the same firm. Furthermore, those who opted for low-price supplementary products were less likely to declare an intention to switch basic insurance firms in the near future. This result was true for all risk category levels.

► **Construire une protection sociale-écologique : le cas de la France face aux canicules**

LAURENT E.  
2021

Paris OFCE.

<https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/dtravail/OFCEWP2021-17.pdf>

Cette étude propose, à la lumière du cas français, des éléments d'analyse en vue de l'édification d'une protection sociale-écologique visant à atténuer l'impact sanitaire et économique des fortes chaleurs engendrées par le dérèglement climatique, en répondant à cinq questions successives : Pourquoi protéger ? De quoi protéger ? Que protéger ? Qui protéger ? Comment protéger ?

► **Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011**

LOISEAU R.  
2021

**Études Et Résultats (Drees). (1198).**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaires-sante-en-2016-les-seniors-restent-moins-bien>

Entre 2011 et 2016, le niveau de prise en charge des contrats de complémentaire santé a augmenté, notamment pour les contrats individuels. Mesurée avant la mise en place du « 100 % Santé », qui encadre la prise en charge proposée par les contrats responsables sur certains postes de soins, cette hausse s'explique principalement par une évolution du niveau des garanties souscrites à tous les âges. Même si les seniors souscrivent des contrats plus couvrants, le vieillissement de la population couverte en individuel contribue peu à cette hausse.

## Économie de la santé

### Health Economics

► **Physician Response To Prices Of Other Physicians: Evidence From A Field Experiment**

BARKOWSKI S.  
2021

**Clenson Clenson University, Department of Economics.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3895972](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3895972)

Recent efforts to increase price transparency for American consumers of health care have largely failed to produce savings. Medical-field research on physician-side price transparency, however, has shown promise for savings but suffers from pervasive methodological problems. I perform a field experiment that addresses these measurement difficulties while studying an area that has received little attention: physician referrals. Working with a group of medical practices linked as an Independent Practice Association (IPA), I randomly selected primary care practices to receive a list of average costs - that is, prices - for new referrals to six ophthalmology practices that were part of the IPA's provider network. These practices handled the bulk of the IPA's ophthalmology patients and represented substitute providers. Using the IPA's administrative data on referrals, I find that during the first two months following the distribution of the price list, the treatment group primary care physicians (PCPs) increased referral share towards the least expensive ophthalmology practice by 147 percent. These referrals were allocated away from the most expensive practice

and those not listed on the report. These effects were only found, however, for patients for whom the PCPs had a cost reduction incentive. The large initial effect dissipated over the following four months. For patients with a limited financial interest for the PCPs, I find little evidence of a treatment response. These contrasting results suggest the PCPs were influenced by cost reduction motives and provide more evidence of the potential for savings from physician-side price transparency.

► **The Impacts Of Aging, Income And Urbanization On Health Expenditures: A Panel Regression Analysis For OECD Countries**

BOZ C., TAS N. ET ONDER E.  
2021

**Istanbul Istanbul University.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3591603](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3591603)

The main purpose of this study is to investigate the factors affecting health expenditure levels through a panel data analysis. The study includes data from 35 OECD member countries between 2005 and 2015. We carried out panel regression analysis using STATA 13.0 econometric program. In the study, we used per capita health expenditure figures according to purchasing power parity as the dependent variable and we searched the impact of aging, urbanization and income on health expenditures with fixed effects panel regression model. The regression model indicates that



aging, urbanization and income have positive effects on health expenditures per capita. For instance, a 1% increase in population ages 65+ causes an increase in health expenditures by \$165 per capita. Although health expenditures are influenced by many factors, demographic structures and demographic changes, such as aging, urbanization and income, have a significant impact on health expenditures.

► **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : charges et produits 2022**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE  
2021

Paris Cnam.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2022 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

► **Avis du Comité d'alerte n° 2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

COMITÉ D'ALERTE DE L'ONDAM  
2021

Paris Comité d'alerte de l'Ondam.

[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE\\_D-ALERTE/2021/AVIS%202/COMITE\\_D-ALERTE-2021-AVIS\\_2-SUR\\_LE\\_RESPECT\\_DE\\_L-OBJECTIF\\_NATIONAL\\_DE\\_DEPENSES\\_DE\\_L-ASSURANCE\\_MALADIE.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-ALERTE/2021/AVIS%202/COMITE_D-ALERTE-2021-AVIS_2-SUR_LE_RESPECT_DE_L-OBJECTIF_NATIONAL_DE_DEPENSES_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf)

Le deuxième avis rendu le 1<sup>er</sup> juin 2021 par le comité d'alerte confirme le précédent. Ainsi, concernant le montant définitif des dépenses pour l'exercice 2020, celui-ci s'établirait à 219,5 Md€, soit 14 Md€ de dépassement par rapport aux prévisions initiales de la LFSS 2020. Concernant l'exercice 2021, le comité d'alerte avançait déjà en mars un risque très probable de

dépassement alors que la LFSS 2021 tablait sur une progression de 2,3 %. La provision pour dépenses exceptionnelles de 4,3 Md€ apparaît ainsi insuffisante, au regard de la troisième vague épidémique et de la campagne de vaccination. 9,1Md€ de dépenses s'ajoutent d'ores et déjà à cette prévision initiale. Les dépenses vaccinales, notamment, avaient été sous-évaluées, à 1,5Md€ au regard des incertitudes sur la disponibilité de ceux-ci, alors que la stratégie afférente était encore en cours d'élaboration. Au total, les mesures exceptionnelles représentent plus de 1Md€. Ainsi, les dépenses de l'Ondam devraient finalement atteindre 235Md€ sur 2021 avec une croissance de 6,7 % par rapport à 2020. Cela représente une progression de 17,1 % comparé à 2019.?

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

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE  
2021

Paris CCSS.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/RAPPORT%20CCSS%20JUN%202021.pdf>

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale s'inscrivent en 2020 et 2021 dans le contexte exceptionnel d'une crise sanitaire majeure aux conséquences économiques et sociales sans précédent. Le présent rapport retrace en premier lieu les comptes de l'année 2020, marqués par un déficit d'une ampleur inédite. Il résulte d'un effet de ciseaux entre les recettes en forte baisse du fait d'une chute brutale de l'activité et des dépenses en nette hausse pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire. Il actualise en second lieu les perspectives de l'année 2021 pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), en s'appuyant sur les hypothèses économiques associées au programme de stabilité d'avril dernier et du projet de loi de finances rectificative présenté le 2 juin. Cette actualisation traduit les effets du rebond attendu de l'activité mais prend aussi en compte les dépenses exceptionnelles supplémentaires liées à la troisième vague épidémique et à la montée en puissance de la campagne vaccinale.

► **Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise : concilier soutien à l'activité et soutenabilité**

COUR DES COMPTES

2021

**Paris Cour des comptes.**

En février 2021, le Premier ministre a confié à la Cour des comptes une mission sur la stratégie de finances publiques d'après-crise. La Cour répond à cette saisine en publiant le présent rapport. Quelles que soient les perspectives de croissance en sortie de crise, la crise sanitaire laissera des marques durables sur l'économie française et les finances publiques. Dans ce contexte, la soutenabilité de la dette publique est un enjeu de souveraineté : il s'agit d'une condition nécessaire pour faire face aux chocs économiques futurs et rester en mesure de financer les politiques et le fonctionnement des administrations publiques. Pour assurer cette soutenabilité, la Cour propose une stratégie reposant sur deux piliers : le renforcement de la croissance potentielle et la maîtrise des dépenses publiques. Cet effort devra s'accompagner d'une rénovation du cadre de la gouvernance des finances publiques, d'une amélioration de la qualité de la dépense publique dans cinq secteurs prioritaires et du renforcement de l'équité et de l'efficacité des politiques et des administrations publiques. À cette fin, la Cour formule 27 recommandations.

► **Urgent Care Centers Reduce Medicare Spending?**

CURRIE J., KARPOVA A. ET ZELTZER D.

2021

**NBER Working Paper ; 29047. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/29047>

We examine the impact of the opening of a new urgent care center (UCC) on health care costs and the utilization of care among nearby Medicare beneficiaries. We focus on 2006–2016, a period of rapid UCC expansion. We find that total Medicare spending rises when residents of a zip code are first served by a UCC, relative to spending in yet-to-be-served zip codes, while mortality remains flat. We explore mechanisms by looking at categories of spending and by examining utilization. Increases in inpatient visits are the largest contributor to the overall increase in spending, rising by 6.65 percent within six years after UCC entry. The number of emergency room visits that result in a hospital admission also increases by 3.7 percent. In contrast, there is

no change in the number of ER visits that do not result in admission to hospital, in visits to physicians outside a UCC, or in imaging and tests. Overall, these results provide little evidence that UCCs replace costly ER visits or that they crowd out visits to patients' regular doctors. Instead, the evidence is consistent with the possibility that UCCs—which are increasingly owned by or contract with hospital systems—induce greater spending on hospital care.

► **Beyond Health: Non-Health Risk And The Value Of Disability Insurance**

DESHPANDE M. ET LOCKWOOD L.

2021

**NBER Working Paper Series ;28852. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28852>

The public debate over disability insurance has centered on concerns about individuals without severe health conditions receiving benefits. We go beyond health risk alone to quantify the overall insurance value of U.S. disability programs, including value from insuring non-health risk. We find that disability recipients, especially those with less-severe health conditions, are much more likely to have experienced a wide variety of non-health shocks than non-recipients. Selection into disability receipt on the basis of non-health shocks is so strong among individuals with less-severe health conditions that by many measures less-severe recipients are worse off than more-severe recipients. As a result, under baseline assumptions, benefits to less-severe recipients have an annual surplus value (insurance benefit less efficiency cost) over cost-equivalent tax cuts of \$7,700 per recipient, about three-fourths that of benefits to more-severe recipients (\$9,900). Insurance against non-health risk accounts for about one-half of the value of U.S. disability programs.

► **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020**

VANLERENBERGHE J. M.

2021

**Paris Sénat.**

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-746-notice.html>

La crise sanitaire s'est traduite par une dégradation des comptes sans précédent : sous l'effet d'une chute des recettes et d'une forte augmentation des

dépenses d'assurance maladie, le déficit de l'année 2020, qui s'élève à 38,7 milliards d'euros, est de loin le plus important de l'histoire de la sécurité sociale. Et le remboursement de la dette sociale, qui devait enfin s'achever en 2024, a été prolongé de neuf ans, jusqu'à la fin de l'année 2033. Pour impressionnants qu'ils soient, ces chiffres ne font que traduire l'ampleur exceptionnelle de la crise liée à l'épidémie de covid-19 et ses multiples conséquences, la commission et le Sénat ayant soutenu l'action de la sécurité sociale dans ce contexte. Néanmoins, pour que la sécurité sociale puisse garantir les mêmes droits aux générations futures, il importe qu'après la crise, elle reprenne le chemin vers l'équilibre financier, dont il

est regrettable qu'il n'ait pu être atteint avant le début de la crise actuelle. De plus, cet atterrissage devra se faire sous un contrôle parlementaire renforcé, le cadre organique actuel ayant montré ses limites. Les débats à venir sur cette question devront donc porter notamment sur les principales mesures de la proposition de loi organique que le rapporteur général a déposée avec plusieurs de ses collègues au mois d'avril : extension du périmètre des LFSS, introduction de crédits à caractère limitatif de certaines dépenses de la sécurité sociale, renforcement du contrôle parlementaire sur les finances sociales et introduction d'une « règle d'or » sur les comptes sociaux à l'issue de la crise afin de cesser d'accumuler des déficits.

## Covid

### ► The Social Value Of A SARS-Cov-2 Vaccine: Willingness To Pay Estimates From Four Western Countries

COSTA FONT J., RUDISILL C., HARRISON S., *et al.*  
2021

Bonn Iza.

<http://ftp.iza.org/dp14475.pdf>

SARS-CoV-2 vaccines give rise to positive externalities on population health, society and the economy in addition to protecting the health of vaccinated individuals. Hence, the social value of such a vaccine exceeds its market value. This paper estimates the willingness to pay (WTP) for a hypothetical SARS-CoV-2 vaccine in four countries, namely the United States (US), the United Kingdom (UK), Spain and Italy during the first wave of the COVID-19 pandemic when no specific vaccine had been approved nor subsidised. WTP estimates are elicited using a payment card method to avoid 'yea saying' biases, and we study the effect of protest responses, sample selection bias, as well as the influence of trust in government and risk exposure when estimating the WTP. Our estimates suggest evidence of an average value of a hypothetical vaccine of 100-200 US dollars once adjusted by purchasing power parity (PPP). Estimates are robust to a number of checks.

### ► Health Expenditures And The Effectiveness Of Covid-19 Prevention In International Comparison

HANSEN J., REINECKE A. ET SCHMERE H. J.  
2021

CESifo working paper ; 9069. Munich CESifo.

[http://d.repec.org/n?u=RePEc:ces:ceswps:\\_9069&r=&r=hea](http://d.repec.org/n?u=RePEc:ces:ceswps:_9069&r=&r=hea)

In the beginning of the COVID-19 pandemic, governments had to rely on Non-Pharmaceutical Interventions in their struggle against the spread of the virus. The stringency of the lockdowns differed across space and time as governments had to adjust their strategy dynamically to the country-specific development of the crisis. We examine the effectiveness of lockdowns with a focus on the role of health care based upon both the between and the within-variation of our panel-data. The within-variation over time allows us to control for unobserved heterogeneity through fixed-effects. The results reveal that lockdowns had significant effects on the mortality rates associated with COVID-19. Marginal effects are estimated conditional on the state of the health care system before the crisis. Lockdowns were more efficient in countries with well-supported health care systems. Marginal effects turn insignificant when per capita health expenditure dips below the mean. We can show that both results are driven by economic development. Per capita GDP is highly correlated with public health expenditure but it is not a perfect substitute.

► **Coronavirus And The Economic Value Of Human Life**

JESSOP J.  
2020

**Briefing ; 8. Londres IEA.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3851974](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3851974)

COVID-19 has revealed familiar problems in health economics and cost-benefit analysis and the «tragic choices» that sometimes must be made. Policymakers frequently have to attach a monetary value to a human life based on the number of years that a person might have left to live and that life's quality (the concept behind «QALYs»). It is reasonable to acknowledge that the mortality rates for those with Covid-19 are higher for elderly people and those with pre-existing health problems. It is also important to recognise the «identifiable victim» problem, which may lead policymakers to focus too much on those at risk of dying from COVID-19 and not enough on less visible costs. While there may be a risk of over-estimating the economic and fiscal costs of the lockdown itself, as the economy was already weakening before the lockdown began and many people were changing their behaviour without state direction, there is ample evidence that the lockdown has compounded the economic hit. This recession is unprecedented. GDP will have fallen by a relatively large amount in a relatively short period of time. But the economy could still rebound quickly, as the threat recedes. A temporary pause would be less costly than a prolonged slump. However, the longer the lockdown remains in place, the greater the margin by which the costs are likely to outweigh the benefits and risk to make the damage permanent. It may still be right to focus on the impact on health, rather than any short-term economic costs. Yet the balance is shifting even on this score, given that patients are not getting treated for other conditions and younger people who are missing out on education and job opportunities.

► **Turning A Blind Eye: Have Economists Been Ignored During The Pandemic?**

ORMEROD P.  
2020

**IEA Discussion Paper No.72. Londres IEA.**

<https://iea.org.uk/publications/turning-a-blind-eye-have-economists-been-ignored-during-the-pandemic/>

Throughout the COVID-19 crisis, governments have relied heavily on the advice of epidemiologists and health professionals, while economists maintained a

low profile in policymaking. This paper illustrates how economic insights could have helped and would be essential in future pandemics. Its focus is on microeconomics and on the fact that when the set of incentives which someone faces changes, individuals are likely to change their behaviour. Governments have failed to appreciate the importance of incentives throughout the pandemic. For example, test and trace has failed due to a lack of understanding of the incentives in a system of self-isolating. Likewise, to maximise the vaccine uptake, governments could pay everyone who gets vaccinated. Governments have also relied too heavily on opinion polls on lockdown. These have consistently shown strong support for restrictions. But economists prefer to rely on preferences revealed by actions, and not on those stated in surveys. The former show less enthusiasm for lockdown, with regulations being widely evaded. A key part of the economists' policy tool kit is cost-benefit analysis. Studies published using this, by distinguished economists, uniformly suggest that the costs of lockdown exceed its benefits.

► **Recent Trends In Disability And The Implications For Use Of Disability Insurance**

WAIMMANN T., CHOI H., SCHOENI R. F., *et al.*  
2019

**Mrdrc Wp ; 406. Ann Arbor University of Michigan - Michigan Retirement and Disability Research Center.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:mrr:papers:wp406&r=&r=age>

The health of the working-aged population is a key driver of enrollment in and spending by the two most important federal disability programs, Social Security Disability Insurance (DI) and Supplemental Security Income (SSI). Recent studies have found that some dimensions of the population's health approaching retirement age have worsened relative to earlier cohorts. Other things equal, these unfavorable health trends would be expected to cause both applications and disability awards to increase and portend fiscal challenges for DI and SSI. Using two nationally representative surveys, this study examines the health trends of adults ages 51 to 61 between the mid-1990s and the mid-2010s and finds updated evidence confirming prior conclusions of unfavorable trends. It then summarizes the likely effect of these unfavorable health trends on the demand for DI and SSI benefits by simulating the effect on applications and awards of observed health changes over time while holding constant other fac-

tors likely to affect DI/SSI use. These estimated effects suggest an increase in demand for disability benefits due to worsening health of 9 to 16% for men over the 20-year period depending on the age group and survey.

Estimated effects of health trends on DI/SSI for women were not significant. If these trends for men continue, they may require adjustments in planning for the future of important social insurance programs.

## E-santé – Technologies médicales

### E-Health- Medical Technologies

#### ► Baromètre du numérique 2021

CROUTTE P. ET MULLER J.

2021

Paris : Credoc

<https://www.credoc.fr/publications/barometre-du-numerique-edition-2021>

Ce rapport s'intéresse aux principaux taux d'équipements (en téléphone fixe, téléphone mobile, ordinateur à domicile, mais aussi smartphone, tablette, connexion internet à domicile et télévision) et présente la proportion d'internautes et d'internautes quotidiens dans la population française ainsi que les modes de connexion les plus couramment utilisés à domicile. La seconde partie fait le point sur les usages, en distinguant les usages sur téléphone mobile (navigation sur internet et messageries instantanées) et, plus largement, en étudiant les usages sur internet (achat et vente, réseaux sociaux, e-administration, recherche d'emploi et aussi temps passé sur les écrans). Un zoom est réalisé cette année sur les pratiques audiovisuelles (sur réseau fixe ou réseau mobile, en direct ou différé, gratuit ou payant, sur téléviseur ou autre support) ainsi que sur la qualité ressentie et les choix effectués en la matière. La dernière partie évoque plus largement le numérique dans la vie quotidienne. Sont notamment évoquées la protection de la vie privée et les considérations sanitaires en lien avec la téléphonie mobile et les possibles précautions prises. De nouvelles questions abordent le rapport à l'équipement numérique, à la fin de vie des terminaux et appareils détenus ainsi qu'à une possible intention écologique au moment de l'achat. Après avoir fait le point sur quelques usages numériques pendant les périodes de confinement, sont également abordées ici les stratégies mises en œuvre par nos concitoyens lorsqu'ils n'arrivent pas à s'approprier les outils informatiques et numériques. Enfin, la question de l'open data est posée pour la première fois sous l'angle de la notoriété et des avantages associés.

#### ► Telepsychology In France Since Covid-19. Training As Key Factor For Telepsychology Practice And Psychologists' Satisfaction In Online Consultations

HADDOUK L. ET MILCENT K.

2021

PSE Working Paper ; 2021\_40 - halshs-03265054.  
Paris Paris School of Economics (PSE).

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:psewpa:halshs-03265054&r=&r=hea>

This paper uses an original telepsychology European survey conducted by the EFPA (European Federation of Psychologists Associations) Project Group in e-Health between March 18th and May 5th, 2020, to consider online practices of psychologists. We set up evidence from France compared with other European countries. First, we observe that France is the European country where psychologists' perception of the concept of online consultations is the worse. It goes through the lowest rate of specific training concerning online consultations. Also France is the European country where psychologists have the worse experience (after Belgium) with online consultations, prior to the COVID-19 outbreak. Second, we address the issue of determinants of the teleconsultation feelings. We take advantage of this survey panel of 13 European countries that allows us to consider within-country telepractice behaviour. Our results show that a specific training is a key factor for a positive feeling with the concept of online consultation practices. In addition, telepresence (feeling of being connected with one another) and positive overall experience capture the effect of the specific training. French psychologists differ from the other European countries telepsychologists by an absence of specific training effect on the feeling with online consultation that may be explained by the lack of specific training. However, as for European psychologists, French psychologists' perception of tele-

practice depends on their level of telepresence and on their overall experience in telepractice.

► **Évaluation des applications dans le champ de la santé mobile (mHealth) : État des lieux et critères de qualité du contenu médical pour le référencement des services numériques dans l'espace numérique de santé et le bouquet de services professionnels**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2021

Paris HAS.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3274798/fr/evaluation-des-applications-dans-le-champ-de-la-sante-mobile-mhealth-etat-des-lieux-et-criteres-de-qualite-du-contenu-medical-pour-le-referencement-des-services-numeriques-dans-l-espace-numerique-de-sante-et-le-bouquet-de-services-professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3274798/fr/evaluation-des-applications-dans-le-champ-de-la-sante-mobile-mhealth-etat-des-lieux-et-criteres-de-qualite-du-contenu-medical-pour-le-referencement-des-services-numeriques-dans-l-espace-numerique-de-sante-et-le-bouquet-de-services-professionnels)

Ce rapport dresse un état des lieux des applications concernant la santé disponibles sur les différents magasins en ligne (App Store, Google Play Store, etc.). Sur les 327 000 applications recensées, un petit nombre (43) représente 83 % des téléchargements. Par ailleurs, 80 % des applications comptent moins de 5 000 téléchargements. Après une analyse détaillée de l'existant et des risques liés aux fonctions de base de ces applications, la HAS réalise un parangonnage international sur les méthodes d'évaluation et sur les référentiels. Elle propose ensuite des critères de contrôle de la qualité du contenu médical. Elle s'appuie pour ce faire sur son référentiel de 2016, qui détaillait cinq domaines et 14 sous-domaines. Elle présente ainsi 17 critères répartis entre quatre types de contenus de santé : contenu initial, généré, interprété et affiché.

► **Les pratiques de gouvernance et d'accès aux données de santé dans le monde : restitution du benchmark 2020**

HEALTH DATA HUB

2021

Paris HDH.

<https://health-data-hub.fr/actualites/benchmark-international>

Le Health Data Hub a réalisé fin 2020 un benchmark international de 17 structures dont les stratégies et le fonctionnement sont comparables aux siennes dans 11 pays. Ce comparatif, élaboré à partir de recherches documentaires, approfondies par des entretiens avec les responsables des plateformes et bases de données des différents pays, permet d'obtenir un aperçu

des pratiques internationales relatives à l'accès et à l'hébergement des données de santé, aux relations avec les responsables de données et les citoyens, aux modèles économiques, ou encore aux règles de valorisation scientifique.

► **Ethics And Governance Of Artificial Intelligence For Health**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2021

Genève OMS.

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

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. It also contains a set of recommendations that can ensure the governance of artificial intelligence for health maximizes the promise of the technology and holds all stakeholders – in the public and private sector – accountable and responsive to the healthcare workers who will rely on these technologies and the communities and individuals whose health will be affected by its use.

► **The Protection Of Personal Data In Health Information Systems - Principles And Processes For Public Health**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2021

Copenhague OMS.

<https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2021/the-protection-of-personal-data-in-health-information-systems-principles-and-processes-for-public-health-2021>

In recent years, countries across Europe have implemented either new or considerably stricter data protection and cybersecurity laws. These laws continue to have a substantive impact on health information systems (HISs) and most public health activities in a wider sense. This document aims to explore the conceptual implications and to give some guidance on how specific decisions that are unavoidable to balance the rights and interests at stake should be taken. With a few easy-to-implement steps, any organization in public health can increase its level of data protection compliance significantly. As data protection is based on principles that have evolved over time, section 2 gives a short historical overview, followed by a deep

dive into the legal principles behind data protection. Section 3 covers the practical implications of these principles and addresses the rights of data subjects, as these are at the heart of the regulatory framework. Section 4 examines the elements that need to be balanced against these rights – in particular, the right to health and to public health in general. Section 5 looks again at the secondary use of data for public health purposes, and at how the balancing of the interests at stake works in this context. Finally, section 6 gives an overview of the steps to be taken to make this happen, such as empowerment and oversight mechanisms. This guidance document is part of the WHO Regional Office for Europe’s work on supporting Member States in strengthening their health information systems. Helping countries to produce solid health intelligence and institutionalized mechanisms for evidence-informed policy-making has traditionally been an important focus of WHO’s work and continues to be so under the European Programme of Work 2020–2025.

► **Le télésoin au coeur de l’innovation des parcours en santé : Livre blanc**

SALLES N. ET CANIPEL L.  
2021

Paris **Société française de santé digitale.**

[https://www.sfsd.fr/uploads/1/1/8/7/118755350/livre-blanc\\_-\\_v3-complet\\_-\\_28-06\\_-\\_final\\_-\\_version\\_web\\_-\\_petites\\_photos.pdf](https://www.sfsd.fr/uploads/1/1/8/7/118755350/livre-blanc_-_v3-complet_-_28-06_-_final_-_version_web_-_petites_photos.pdf)

Appelée de leurs vœux par l’ensemble des acteurs de santé, la mise en place légale du télésoin a été accélérée par les pouvoirs publics, désireux d’offrir un cadre formel et sécurisé aux pratiques qui ont commencé à se multiplier au cours de la crise sanitaire du covid-19.

► **Télémédecine et télésoin : l’essentiel pour pratiquer**

SIMON P. ET MOULIN T.  
2021

Brignais : **Editions Le Coudrier**

Avec l’épidémie de Covid-19, la télémédecine et le télésoin se sont invités dans les usages. De nouvelles professions ont été autorisées à exercer à distance pour que la population puisse continuer à se soigner. Les pratiques de télésanté entrent aujourd’hui dans les universités et les écoles de formation. Demain, les professionnels de santé exerceront de façon courante à la fois en présentiel et à distance. Pour accompagner ce mouvement, deux pionniers de la télémédecine ont

posé sur le papier l’essentiel à connaître pour pratiquer. Champ de la santé numérique, responsabilités des acteurs, aspects éthiques, intérêts des pratiques à distance, prérequis avant de se lancer, indications, recommandations de bonnes pratiques, moyens pour communiquer... Autant de sujets traités de façon claire, et illustrés de cas cliniques.

► **L’ouverture des données de santé à la recherche en France**

SUHARD V.  
2021

Paris : **Irdes**

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-ouverture-des-donnees-de-sante-a-la-recherche-en-france.pdf>

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence sur l’ouverture des données de santé, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire. Les références portent sur la période 1990-2021. Les recherches ont été réalisées sur la base documentaire de l’Irdes, sur la banque de données en santé publique (BDSP), Cairn, google scholar.

► **The Impact Of Increased Access To Telemedicine**

ZELTZER D., EINAV L., RASHBA J., *et al.*  
2021

**NBER Working Paper Series ;28978. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/28978>

We estimate the impact of increased access to telemedicine that followed widespread adoption during the March-April 2020 lockdown period in Israel (due to COVID-19). We focus on the post-lockdown period, which in Israel was characterized by a temporary return to normalcy. Prior to the lockdown, telemedicine accounted for about 5% of all primary care visits. It peaked at around 40% during the lockdown, and remained high, at around 20%, during the post-lockdown period. Using a difference-in-differences framework, we compare primary care episodes before and after the lockdown between patients with high and low access to telemedicine, with access defined based on their main primary care physician’s propensity to adopt telemedicine during the lockdown. Increased access to telemedicine results in a 3.5% increase in primary care visits, but a 5% lower per-episode cost,



so overall resource utilization is slightly lower. We find that remote visits involve slightly fewer prescriptions and more follow-ups, mainly with the same physician, which is consistent with a prolonged diagnostic path in the absence of physical examination. However, analyz-

ing specific conditions, we find no evidence of missed diagnoses or adverse outcomes. Taken together, our findings suggest that the increased convenience of telemedicine does not compromise care quality or raise costs.

## Covid

### ► **Rapport d'information sur les crises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés**

GUILLOTIN V., LAVARDE C. ET SAVARY R. P.

2021

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-673-notice.html>

Depuis près d'un an et demi, les Français sont soumis à des restrictions inédites et généralisées de leurs libertés, qui n'ont pas pour autant permis d'éviter un lourd bilan sanitaire (plus de 100 000 morts), qui ont causé la plus grande récession économique jamais connue en temps de paix, et dont on commence à peine à mesurer les conséquences psychologiques. Surtout, si la vaccination permet aujourd'hui d'espérer un retour à la normale, la pandémie de Covid-19 n'est ni la dernière, ni sans doute la plus grave des crises auxquelles nous aurons à faire face dans les années à venir. Nous ne pouvons pas nous permettre de mettre sous cloche la vie sociale et économique du pays tout entier à chaque nouvelle crise. C'est pourquoi le présent rapport propose de recourir bien plus fortement aux outils numériques, en assumant si nécessaire des mesures plus intrusives, mais aussi plus ciblées et limitées dans le temps. Avec, pour contrepartie, une liberté retrouvée plus vite dans le « monde réel ».

### ► **La gouvernance des données de santé : leçons de la crise du Covid-19 en Europe, en Chine et aux États-Unis**

MARTINEZ J. ET TONON C.

2021

Paris Ifri.

<https://www.ifri.org/fr/publications/etudes-de-lifri/gouvernance-donnees-de-sante-lecons-de-crise-covid-19-europe-chine-aux>

La pandémie de Covid-19 a révélé les carences des modèles de gouvernance préexistants dans chaque région du monde et la nécessité de tendre vers un modèle de gestion des crises de santé publique « par la donnée de santé ». Pour l'Europe et pour la France en particulier, la crise sanitaire a été le révélateur d'une longue « innocence technologique ». Malgré un réveil stratégique, des questionnements subsistent sur la capacité des Européens à coopérer efficacement et à avancer vers un espace commun du numérique en santé. Aux États-Unis, la pandémie a fait naître des tensions autour du modèle de gouvernance des données de santé face aux lacunes illustrées par la gestion technologique de la crise – notamment sur l'articulation entre le gouvernement fédéral et les autorités des États. Des changements sont annoncés par le Président Joe Biden, qui tendent vers un modèle de régulation global des données personnelles. En Chine, la pandémie a accéléré la transition vers un modèle de capitalisme de surveillance dont les réussites durant la crise sont à nuancer et qui pourrait occasionner à court terme une nouvelle lutte de pouvoir entre le régime et les géants chinois du numérique. Enfin, la crise du Covid-19 a accéléré l'expansion des entreprises du numérique, qui se positionnent désormais sur toute la chaîne de valeur de la donnée de santé, de sa collecte brute via des objets connectés à leur traitement en masse à des fins assurantielles, ont désormais en main tous les leviers pour valoriser économiquement cette collecte grâce au traitement des données massives et à l'aide de l'intelligence artificielle.



► **Does Telemedicine Transcend Disparities Or Create A Digital Divide? Evidence From The COVID-19 Pandemic**

MCCULLOUGH J., GANJU K. K. ET ELLIMOOTIL C.  
2021

**University of Michigan McGill University.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3834445](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3834445)

We examine telemedicine utilization during the COVID-19 pandemic. Advocates have argued that telemedicine can overcome barriers in accessing healthcare and protect patients from contracting COVID-19. Rural and poor patients, for example, would not need to make expensive and time-consuming trips to healthcare facilities when using telemedicine. Conversely, telemedicine adoption may depend on broadband

access and technology skills, which could create a digital divide and exacerbate disparities. We study these questions using data on virtual and conventional care from a large commercial insurer. Telemedicine utilization soared during the pandemic. We further find that telemedicine utilization was concentrated in urban and affluent markets. We attribute this to two factors. First, telemedicine use was correlated with broadband penetration. Second, telemedicine adoption was much higher for patients with an established healthcare provider relationship (i.e., received care in the same health system in the previous year). We also find that telemedicine utilization was lower among older patients and comorbidities; cohorts with the greatest risk of severe illness and death from COVID-19. Without further intervention, telemedicine could exacerbate existing health care disparities.

## État de santé

### Health Status

► **Pesticides et effets sur la santé : nouvelles données**

BALDI I., BOTTON J., CHEVRIER C., *et al.*  
2021

**Montrouge EDP Sciences.**

[https://www.inserm.fr/sites/default/files/2021-06/Inserm\\_ExpertiseCollective\\_Pesticides2021\\_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2021-06/Inserm_ExpertiseCollective_Pesticides2021_Synthese.pdf)

L'expertise collective de 2021 dresse un bilan des connaissances sur les liens entre exposition aux pesticides et santé humaine au travers d'une analyse critique de la littérature scientifique internationale. Elle aborde les troubles du développement neuropsychologique et moteur de l'enfant, les troubles cognitifs et anxio-dépressifs de l'adulte, les maladies neurodégénératives, et les cancers de l'enfant et de l'adulte. La santé respiratoire et les pathologies de la thyroïde et l'endométriose ont également été abordées et viennent enrichir cette expertise. Au total, ce sont plus de 5 300 documents qui ont été analysés par un groupe de chercheurs multidisciplinaire.

► **Life Satisfaction And Body Mass Index: Estimating The Monetary Value Of Achieving Optimal Body Weight**

BALDURSDOTTIR K., MCNAMEE P., NORTON E. C., *et al.*

2021

**NBER Working Paper Series ;28791. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28791>

According to the World Health Organization, obesity is one of the greatest public-health challenges of the 21st century. Body weight is also known to affect individuals' self-esteem and interpersonal relationships, including romantic ones. We estimate "utility-maximizing" Body Mass Index (BMI) and calculate the implied monetary value of changes in both individual and spousal BMI, using the compensating income variation method and data from the Swiss Household Panel. Two-stage least squares models are estimated for women and men separately, with mother's education as an instrument to account for the potential endogeneity in income. Results suggest that the optimal own BMI is 27.4 and 22.7 for men and women, respectively. The annual value of reaching optimal weight ranges from \$3,235 for underweight women to \$32,378 for obese women

and from \$19,088 for underweight men to \$43,175 for obese men. Women on average value changes in their own BMI about three times higher than changes in their spouse's BMI. Men, on the other hand, value a reduction in their spouse's BMI almost twice as much compared to a reduction in their own BMI.

► **Rapport final sur le modèle international de simulation des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool. Résultats pour la France**

DEVAUX M., ALDEA A., LEROUGE A., *et al.*  
2021

Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/health/Mod%C3%A8le-international-simulation-politiques-consommation-nocive-alcool-France-Mai2021.pdf>

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des activités de l'OCDE en économie de la santé publique. Il a été financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Délégation à la sécurité routière (DSR), rattachée au ministère de l'Intérieur. Il a été écrit en amont d'un rapport international couvrant 52 pays de l'OCDE, l'Union Européenne (UE) et du Groupe des 20 (G20). L'analyse présentée dans le rapport pour la France s'intéresse à une consommation d'alcool au-delà de 10 verres par semaine, ce qui est conforme au repère national de consommation à moindre risque pour la santé fixé par la France. Les résultats du rapport

► **Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance**

DUCHE P., BILLETTE-DE-VILLEMEUR A., COM-RUELLE L., *et al.*  
2021

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1074>

Suite à un premier avis en décembre 2019 sur les risques de l'exposition aux écrans, le Haut Conseil de santé publique (HCSP) étudie leur usage problématique. L'usage dysfonctionnel de l'Internet avant la pandémie, concernait environ 13 % des jeunes de 12 à 14 ans. Les mesures liées au Covid-19 ont augmenté la surconsommation et la dépendance aux

écrans. De nombreux tests de mesure du risque de dépendance aux écrans ont été développés dans le monde, ils doivent être fiables et valides pour identifier les jeunes joueurs dépendants, ou à risque de basculer vers un usage problématique. Les producteurs de technologies numériques utilisent ces effets addictogènes et le pouvoir attractif, ce risque « captatif » des écrans n'épargne aucun âge, mais peut entraîner à l'adolescence un décrochage scolaire. Dans ses recommandations, le HCSP préconise de former aux objets numériques les jeunes et leur famille, et de ne pas systématiquement médicaliser les usages intensifs quand les utilisateurs ont la capacité de garder le contrôle sur leur usage ; il est recommandé de renforcer en milieu scolaire les compétences psycho-sociales et l'apprentissage de la verbalisation des émotions suscitées par les images. Le HCSP insiste aussi sur la responsabilité sociétale des industriels et propose d'inscrire dans le débat éthique l'exposition des enfants mineurs à des incitations à la violence, au harcèlement, au sexisme et à des influences en lien à l'accès à internet et aux réseaux sociaux.

► **Cigarette Taxes, Smoking, And Health In The Long-Run**

FRIEDSON A. I., LI M., REES D. I., *et al.*  
2021

NBER Working Paper Series ;29145. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29145>

Medical experts have argued forcefully that using cigarettes harms health, prompting the adoption of myriad anti-smoking policies. The association between smoking and mortality may, however, be driven by unobserved factors, making it difficult to discern the underlying long-term causal relationship. In this study, we explore the effects of cigarette taxes experienced as a teenager, which are arguably exogenous, on adult smoking participation and mortality. A one-dollar increase in teenage cigarette taxes is associated with an 8 percent reduction in adult smoking participation and a 6 percent reduction in mortality. Mortality effects are most pronounced for heart disease and lung cancer.

► **Selon les polluants atmosphériques, les effets immédiats sur les admissions aux urgences et sur la mortalité diffèrent**

GODZINSKI A. ET SUAREZ M.

2021

**Insee Analyses(61)**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5413019>

Mesurer l'effet sur la santé des différents polluants atmosphériques et séparer leurs effets respectifs est difficile. Pollution de l'air et indicateurs sanitaires peuvent être corrélés pour de nombreuses raisons liées aux activités humaines, et différents polluants sont usuellement présents simultanément dans l'air. Utiliser les conditions météorologiques d'altitude pour prédire la concentration d'un polluant spécifiquement permet d'isoler son effet. En effet, elles influencent de façon distincte les polluants atmosphériques sans affecter directement la santé de la population. Les polluants atmosphériques ont des effets sur les admissions aux urgences et sur la mortalité le jour même. Ces effets sont distincts selon les polluants. Une hausse de l'ozone ou du dioxyde de soufre induit une hausse des admissions aux urgences pour motif respiratoire, en particulier chez les plus jeunes et les personnes âgées. Une augmentation du monoxyde de carbone entraîne, quant à elle, une hausse des admissions aux urgences pour motif cardiovasculaire, en particulier chez les plus âgés. Enfin, une hausse des particules fines ou du dioxyde de soufre provoque une hausse de la mortalité, liée respectivement à une cause cardiovasculaire ou respiratoire.

► **Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Synthèse**

INSERM

2021

**Montrouge EDP Sciences.**

[https://www.inserm.fr/sites/default/files/2021-05/Inserm\\_ExpertiseCollective\\_Alcool2021\\_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2021-05/Inserm_ExpertiseCollective_Alcool2021_Synthese.pdf)

L'Inserm a coordonné une expertise collective afin d'établir dans un premier temps une analyse critique des dernières connaissances scientifiques concernant la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool, les stratégies de prévention et d'accompagnement et dresser des constats. Dans un second temps, le groupe d'experts a émis des recommandations visant à réduire les risques et les dommages sur la santé liés à la consommation d'alcool. Près de 3 600 documents ont été rassemblés et concernent un

éventail de disciplines variées telles que la recherche clinique, marketing social ou encore la sociologie.

► **Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes**

INCA, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2021

**Paris Inca ; Saint-Maurice SPF**

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-entre-1989-et-2018-s-ameliore-pour-une-large-majorite-de-localisations-cancereuses>

La survie des personnes atteintes de cancer est un indicateur clé permettant d'apprécier l'amélioration globale du pronostic, résultant à la fois des avancées thérapeutiques, des actions mises en œuvre pour diagnostiquer les cancers à un stade plus précoce et pour améliorer leur prise en charge. La quatrième étude, sur la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, apporte des estimations actualisées de la survie à 1 an, 5 ans et 10 ans après le diagnostic ainsi que sur son évolution pour 73 localisations de tumeurs solides et d'hémopathies malignes. Fruit d'un travail partenarial entre le réseau Francim des registres des cancers, le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer, cette étude inclut, pour la première fois, les estimations de survie de 22 sous-localisations anatomiques ou histologiques telles que les cancers de la vésicule et des voies biliaires ou le glioblastome, ainsi que des estimations de survie, 20 ans après le diagnostic. Synthèse et rapports par type de localisations sont en ligne :

► **Rapport d'information sur les conditions de la vie étudiante**

LAFON L.

2021

**Paris Sénat.**

[http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/redaction\\_multimedia/2021/2021-Documents\\_PDF/20210707\\_rapport\\_MCI\\_01\\_07\\_prov.pdf](http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/redaction_multimedia/2021/2021-Documents_PDF/20210707_rapport_MCI_01_07_prov.pdf)

Résultat d'une mission d'information du Sénat, ce rapport répond à l'objectif d'apporter sa contribution à une réflexion sur la situation de la jeunesse étudiante en France après deux années universitaires successives

marquées par la pandémie, en essayant de faire la part des effets de la crise, qui pourraient prendre fin dans avec la pandémie, et de difficultés qui préexistaient à celle-ci mais qui ont été ovidifiées par le contexte sanitaire. Dans le domaine de l'accès aux soins, cette étude préconise la création de centres de santé réservés aux étudiants.

► **L'utilisation des écrans et la santé des jeunes : pistes d'action pour une approche préventive**

LEMETAYER F. ET PAPINEAU E.

2021

Montréal INSPQ.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2790-utilisation-ecrans-sante-jeunes.pdf>

Dans ce mémoire, l'INSPQ souhaite mettre en lumière l'importance de créer des environnements favorables à la santé et au bien-être de tous les jeunes dans leurs milieux de vie, qui tiennent compte de l'équité et des risques sur la santé associés à l'usage des écrans. Bien que les écrans et l'accès à Internet, particulièrement durant la pandémie, facilitent le maintien des études et du travail, des liens familiaux et sociaux, l'accès à de l'information, ou encore à des services et divertissements numériques variés, leurs usages ne sont pas sans risques pour la santé et le bien-être. Les risques liés à la cyberintimidation ou aux dépendances en ligne, par exemple, ont frappé plus particulièrement l'opinion publique ces dernières années parce qu'ils appellent à une intervention rapide. Toutefois, des préjudices moins visibles, tels que la sédentarité, les troubles musculosquelettiques, les problèmes de vision ou de sommeil sont fréquemment observés sans pour autant être associés à une dépendance ou à un usage dépassant les recommandations en matière de temps d'écran de loisirs. Par ailleurs, sachant que les mesures sanitaires liées à la Covid-19 ont entraîné une augmentation du temps d'écran, une aggravation de ces risques est anticipée. Il importe également de tenir compte des effets sur les inégalités sociales que l'introduction massive des écrans dans différents milieux peut engendrer. C'est notamment le cas lorsque l'utilisation des écrans devient le moyen de communication privilégié alors que tous n'y ont pas accès (accès technologiques et services Internet, littérature et littérature numérique). Conséquemment, en plus des services spécialisés en dépendances et des services de première ligne en santé, il importe d'intégrer aux stratégies gouvernementales des actions basées sur un portrait

juste de l'utilisation cumulée et de ses déterminants. Les actions devront aussi tenir compte de l'ensemble des impacts négatifs sur la santé associés à l'usage des écrans. L'objectif est de favoriser une utilisation des écrans qui soit à la fois réfléchie, justifiée, équitable et qui minimise les risques sur la santé, le bien-être et le développement des jeunes. Ce mémoire soulève trois enjeux et des pistes d'action pour chacun d'entre eux. Ils ont été élaborés à partir des connaissances issues de la littérature grise et scientifique ainsi qu'à partir de travaux antérieurs de l'INSPQ.

► **Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**

LIGUE CONTRE L'OBÉSITÉ

2021

Paris : Ligue contre l'Obésité

<https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>

Cette étude de la Ligue contre l'obésité rassemble les résultats d'une enquête nationale sur l'obésité et montre qu'environ 8,5 millions d'adultes en France (17 %) ont un indice de masse corporelle (IMC, un indicateur de corpulence) supérieur à 30 – au-delà duquel on parle l'obésité –, contre 15 % en 2012. Au total, près d'un Français sur deux (47 %) est soit en surpoids, soit en situation d'obésité. Cette dernière est un peu plus marquée chez les femmes (17,4 %) que chez les hommes (16,7 %), mais ces derniers sont davantage sujets au surpoids (36,9 %, contre 23,9 % des femmes). Afin de fournir une photographie actualisée de la situation épidémiologique de l'obésité en France, l'association, a repris les enquêtes « ObEpi-Roche », dont la dernière vague datait de 2012.

► **Quand notre environnement nous rend obèses : comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?**

PECH A.

2021

Geoconfluences.

<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/obesite>

S'appuyant principalement sur le cas des États-Unis et de la France, l'article montre comment notre environnement influence nos pratiques alimentaires et notre santé avec des répercussions majeures sur la préva-

lence d'obésité, laquelle n'est pas attribuable à la seule responsabilité individuelle. Il s'agit, pour les politiques publiques, d'en tenir compte dans leurs actions visant à réduire la prévalence de surpoids et d'obésité.

► **La surmortalité des jeunes adultes est-elle naturelle ?**

REMUND A. ET CAVARDA G.C.

2021

**Population Et Sociétés(590)**

[https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/31532/590.population.societes.juin.2021.surmortalite.jeune.adulte.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31532/590.population.societes.juin.2021.surmortalite.jeune.adulte.fr.pdf)

Le risque de décès est élevé à la naissance et durant les premières années de vie, puis diminue pendant l'enfance jusqu'à atteindre un minimum aux alentours de 10 ans. Il réaugmente ensuite sans cesse au cours de la vie adulte. Les jeunes adultes font cependant souvent exception avec une mortalité plus élevée qu'attendue comme nous l'expliquent Adrien Remund, Carlo Giovanni Camarda et Tim Riffe. S'agit-il d'un trait naturel de l'espèce humaine, ou d'autres facteurs sont-ils en cause ?

► **Exposition aux métaux de la population française : résultats de l'étude Esteban**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2021

**Paris : Inca ; Saint-Maurice : Santé publique France**

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/exposition-aux-metaux-de-la-population-francaise-resultats-de-l-etude-esteban>

Arsenic, cadmium, chrome, cuivre, nickel, mercure... Santé publique France publie les nouvelles données françaises d'exposition aux métaux de la population française issues de l'étude Esteban. Cette étude a permis de décrire l'exposition à 27 métaux et de mesurer leur présence dans l'organisme des adultes, et pour la première fois à l'échelle nationale chez les enfants. Cette nouvelle photographie des imprégnations souligne que l'ensemble de la population est concerné. Il est donc nécessaire de maintenir les études de biosurveillance pour suivre l'évolution des expositions aux métaux et poursuivre les mesures visant à les réduire, en agissant en particulier sur les sources d'exposition, compte tenu de leurs effets néfastes sur la santé (cancérogénicité, effets osseux, rénaux, cardiovasculaires, neurotoxiques...).

► **Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019**

VILAIN A., FRESSON J. ET REY S.

2021

**Etudes Et Resultats (Drees)(1199)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019>

En 2019, le taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée) s'élève à 10,2 ‰, d'après les données hospitalières. Le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse) est de 8,5 pour 1 000 naissances totales en 2019. Il est en légère baisse après quatre années très stables, proches de 9 ‰. C'est le principal composant de la mortalité périnatale, puisqu'il y contribue à hauteur de 83 %. Les facteurs de risque de la mortinatalité déterminent donc largement ceux de la mortalité périnatale. La mortinatalité est très dépendante de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de l'âge de la mère. Le taux de mortinatalité par mort fœtale spontanée (mortinatalité spontanée) est de 5,2 ‰ et représente 61 % de la mortinatalité. L'autre composante de la mortalité périnatale est la mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie). En 2019, le taux de mortalité néonatale précoce s'élève à 1,7 pour 1 000 naissances vivantes. Que ce soit avant ou après la naissance, les risques de décès sont plus importants dans les DROM où le taux de mortalité périnatale atteint 13,4 enfants pour 1 000 naissances totales. En 2015, dernière année disponible en comparaison européenne, la France se classait au 20<sup>e</sup> rang ex æquo sur 33 pays pour la mortinatalité spontanée à partir de 28 semaines d'aménorrhée (indicateur utilisé pour les comparaisons internationales).

## Covid

► **Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour Covid-19 : analyse comparative de données des deux vagues épidémiologiques de 2020 en France à partir d'une cohorte de 67 millions de personnes**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE,  
AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU  
MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ  
2021

**Saint-Denis ANSM ; Paris Cnam.**

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/risque-hospitalisation-deces-covid-19>

Dans la continuité de son étude du 9 février 2021 sur les sur-risques d'hospitalisation et de décès hospitaliers liés à la Covid-19 durant la première vague, le groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPI-PHARE, constitué par la Cnam et l'ANSM, renouvelle cette analyse à partir des données de la deuxième vague de 2020. Ces nouveaux résultats sont comparés à ceux observés pour la première vague, ils mesurent notamment pour chaque vague le risque d'hospitalisation pour Covid-19 et le risque de décès au cours du séjour hospitalier qui représente un indicateur clé dans le suivi de l'évolution de l'épidémie. Ils montrent que la mortalité à l'hôpital, bien que toujours élevée, a diminué durant la deuxième vague, particulièrement chez les patients les plus jeunes. Réalisée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), cette étude porte sur une cohorte de près de 67 mil-

lions de personnes, soit l'intégralité de la population française et couvre la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 15 décembre 2020. Durant ces deux mois et demi, un peu plus de 88 940 patients sans antécédents d'hospitalisation pour Covid-19 ont été hospitalisés en raison de ce virus, dont 16 894 en sont décédés à l'hôpital.

► **Pour un système d'information au service du respect des droits des usagers et de la gestion de l'épidémie Covid-19 au sujet de 3 enjeux essentiels : infections associées aux soins, déprogrammation des soins, Covid long : avis du 25 mai 2021**

CCL-COVID

2021

**Paris CCL-COVID.**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/avis-du-25-mai-2021>

Dans cet avis, le Comité souligne l'importance de consolider, de développer et de partager les informations et connaissances issues des systèmes d'information en santé portant sur les 3 enjeux suivants : Infections nosocomiales et infections Covid-19 associées aux soins ; Déprogrammations des activités de soins non liées à la Covid-19 et ses conséquences ; Parcours de santé des patients ayant développé une maladie Covid-19 symptomatique. Il formule des recommandations sur ces trois thématiques.

## Géographie de la santé

### Geography of Health

► **Qu'est-ce que le « rural » ? Analyse des zonages de l'Insee en vigueur depuis 2020**

BOUBA-OLGA O.

2021

**Geoconfluences.**

<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/grille-densite-zonage-aires-urbaines-definition-rural>

Depuis 2020, l'Insee propose une définition de l'espace rural basée sur un critère morphologique de densité : est rurale une commune très peu dense ou peu dense. Selon ce critère, le rural représente 33 % de la population française. L'Insee propose de croiser ce critère avec l'autre définition adoptée en 2020, le zonage en aires d'attraction des villes. L'article montre comment on peut aller encore plus loin.

► **Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ?**

CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J., *et al.*

2021

In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.]. Paris : Éditions Eska: 273-292.

Cet article vise, dans un premier temps, à définir les concepts de soins primaires et de soins de santé primaires, à montrer les singularités françaises en la matière et les défis auxquels ils sont confrontés. Nous montrons qu'un des principaux enjeux du domaine des soins primaires en France est celui de l'accessibilité et des inégalités selon les territoires, et de leur évolution compte tenu de la diminution de l'offre de médecins en cours et à venir. Ensuite, nous analysons plus précisément la manière de mesurer l'accessibilité aux soins primaires et d'identifier les déséquilibres entre l'offre et la demande selon le type de territoire. Nous examinons ensuite la manière dont les pouvoirs publics ont développé une politique d'amélioration de la répartition des médecins généralistes en définissant des zones prioritaires, et en déployant, dans ces zones, des mesures pour attirer et maintenir des médecins généralistes. Nous concluons enfin en exposant cinq enjeux, qui sont autant de leviers de court, moyen et long terme, pour améliorer la répartition des médecins dans les zones sous denses et défavorisées et l'accès aux soins.

► **Neighborhoods Matter: Assessing The Evidence For Place Effects**

CHYN E. ET KATZ L. F.

2021

NBER Working Paper Series ;28953. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/28953>

How does one's place of residence affect individual behavior and long-run outcomes? Understanding neighborhood and place effects has been a leading question for social scientists during the past half-century. Recent empirical studies using experimental and quasi-experimental research designs have generated new insights on the importance of residential neighborhoods in childhood and adulthood. This paper summarizes the recent neighborhood effects literature and interprets the findings. Childhood neighborhoods affect long-run economic and educational outcomes

in a manner consistent with exposure models of neighborhood effects. For adults, neighborhood environments matter for their health and well-being but have more ambiguous impacts on labor market outcomes. We discuss the evidence on the mechanisms behind the observed patterns and conclude by highlighting directions for future research.

► **Diagnostic territorial**

PROMOSANTÉ ILE-DE-FRANCE

2021

Paris : PromoSanté Ile-de-France

<https://www.promosante-idf.fr/nos-publications/focus-thematiques/focus-7-diagnostic-territorial>

Focus est une sélection thématique de ressources et liens utiles introduite par le point de vue d'un expert. Ce septième Focus présente des ressources en lien avec le diagnostic territorial, une étape incontournable pour les démarches locales de santé en vue de réduire ou au moins de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé.

► **Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire**

RAYNAUD J. ET LE BOULER S.

2021

Journal de Droit de la Santé et de l' Assurance Maladie(29): 67-74.

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n29-juillet-2021/>

Les « déserts médicaux », les « difficultés d'accès aux soins » sont des sujets omniprésents dans l'actualité des territoires. Les questions de santé n'ont pas attendu la crise Covid pour s'imposer à l'agenda local. Face à ces difficultés, les collectivités sont amenées à renforcer leur travail de coordination territoriale, à la fois pour soutenir le travail des acteurs de santé en termes d'organisation du système de soin, mais aussi pour consolider leur accessibilité et leur attractivité. On a là un authentique problème d'aménagement du territoire, à plusieurs dimensions : c'est d'abord un problème de santé en termes de perte de chance; c'est aussi le pendant sanitaire d'un sentiment plus large d'abandon des territoires concernés; c'est enfin un problème d'attractivité croisée (la présence des soignants est un élément-clé de l'attractivité pour la population; la présence des autres services publics est un détermi-

nant de l'implantation des professionnels de santé). Les solutions ne sauraient donc être unidimensionnelles. Nous en esquisserons un certain nombre. Nous évo-

querons enfin la crise Covid comme banc d'essai de ces organisations nouvelles.

## Handicap

### Disability

► **Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés**

BARADJI E.  
2021

**Etudes Et Résultats (Drees). (1203).**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/minima-sociaux-des-conditions-de-vie-plus-degradees-pour-les>

Fin 2018, 28 % des bénéficiaires de minima sociaux, hors ceux résidant dans des structures spécialisées, sont considérés comme handicapés au sens de l'indicateur GALI (Global Activity Limitation Indicator), contre 9 % dans la population générale. Les bénéficiaires de minima sociaux handicapés perçoivent le plus souvent l'allocation aux adultes handicapés (47 %), mais 15 % d'entre eux perçoivent le minimum vieillesse, 32 % sont bénéficiaires du revenu de solidarité active et 8 % de l'allocation solidarité spécifique. Ils ont en moyenne des conditions de vie dégradées par rapport aux personnes handicapées dans la population générale et par rapport aux bénéficiaires de minima sociaux qui ne sont pas en situation de handicap. Ils sont plus nombreux à être exposés à la pauvreté en conditions de vie, le plus souvent à des restrictions de consommation. Leur état de santé est moins bon et leurs relations sociales moins intenses.

► **L'essentiel sur le rapport d'information relatif à la gestion de l'allocation aux adultes handicapés : propositions pour renforcer les moyens et le pilotage des MDPH**

BAZIN A. ET BOCQUET E.  
2021

**Paris : Sénat**

<http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/finances/Essentiel/Essentiel-MDPH.pdf>

Arnaud Bazin et Éric Bocquet, rapporteurs spéciaux des crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » ont présenté le mercredi 7 juillet 2021 devant la commission des finances les conclusions de leur contrôle budgétaire relatif au rôle des maisons départementales des personnes handicapées dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés. Cette synthèse présente leurs propositions.

► **Handicap**

BRASSEUR P.  
2021

**In: [Encyclopédie critique du genre.]: 340-354.**

<https://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782348067303-page-340.htm>

Le « handicap » est une question nouvelle pour les sciences sociales françaises qui s'intéressent au genre et à la sexualité. Elle n'est apparue que très récemment dans des ouvrages de synthèse, comme le Dictionnaire des sexualités [Mosul- Lavau, 2014]. Il faut attendre Introduction à la sociologie du handicap [Ville, Ravaut et Fillion, 2014] pour qu'un ouvrage de synthèse français s'intéresse frontalement à la question de la « vie affective, sexuelle et familiale des personnes handicapées ». Pour cette contribution, nous privilégions une répartition thématique, en abordant dans un premier temps les intersections entre handicap et genre, puis



celles entre handicap et sexualité, tout en s'intéressant à l'articulation de ces différents champs d'analyse.

► **Accessibilité aux soins : Cas particulier des personnes malentendantes et sourdes**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS  
2021

Paris Cnom.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/rapport-2020-cru>

Ce rapport dresse un état des lieux de l'accessibilité aux soins des personnes malentendantes et sourdes et propose des pistes de solutions.

► **Connaître, définir, sensibiliser, combattre les stéréotypes et les préjugés à l'égard des personnes handicapées. Rapport préliminaire**

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME  
2021

Paris CNCDH.

Dans le but de promouvoir une perception positive des personnes handicapées et une conscience sociale plus poussée à leur égard, le Premier ministre a souhaité mesurer l'impact de la lutte contre les stéréotypes et les préjugés à l'égard des personnes handicapées et d'évaluer les politiques menées en la matière. La CNCDH a ainsi été désignée comme rapporteur national indépendant sur la mise en œuvre et l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap. Dans un rapport préliminaire remis au gouvernement, la CNCDH analyse dans quelles mesures la permanence de stéréotypes et de préjugés dans notre société à l'égard des personnes handicapées entraîne des discriminations multiples et multiformes, et une égalité plus symbolique qu'effective. La CNCDH appelle non seulement à changer le regard mais à construire collectivement une culture de l'acceptation et de la reconnaissance des situations de handicap et des personnes qui les vivent, d'autant plus que chacun peut un jour se retrouver dans une situation de handicap, de manière transitoire ou définitive. La CNCDH appelle également à prendre conscience de l'importance du décalage entre l'ambition de discours politiques au plus haut niveau et la réalité vécue au quotidien.

► **Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées**

LE DÉFENSEUR DES DROITS  
2021

Paris Le Défenseur des droits.

[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_parallele\\_ddd\\_examen\\_du\\_rapport\\_initial\\_de\\_la\\_france\\_sur\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_de\\_la\\_cidph\\_juillet\\_2021.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_parallele_ddd_examen_du_rapport_initial_de_la_france_sur_la_mise_en_oeuvre_de_la_cidph_juillet_2021.pdf)

Pour le Défenseur des droits, le bilan de la mise en œuvre de la Convention internationale des droits des personnes handicapées par la France est contrasté. Si indéniablement de nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années, d'importantes lacunes subsistent. À cet égard, tout en saluant l'ambition politique de faire du handicap une question prioritaire, le Défenseur des droits considère que la France n'a pas encore pris pleinement en considération la nouvelle approche fondée sur les droits, induite par la CIDPH, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques. Même si un changement de paradigme semble aujourd'hui peu à peu s'opérer, il faut cependant regretter son inégale appropriation par l'ensemble des acteurs concernés. De sorte que, dans de nombreux domaines, les évolutions du cadre juridique et des pratiques induites par la Convention ne sont toujours pas effectives. Il existe ainsi encore aujourd'hui de nombreux freins à l'autonomie et à l'inclusion des personnes handicapées liés, d'une part, à l'absence d'accessibilité universelle et, d'autre part, à des réponses insuffisantes ou inadaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées de nature à les empêcher de participer de manière effective à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

► **European Comparative Data On Europe 2020 And Persons With Disabilities**

GRAMMENOS S.  
2020

Luxembourg Publications Office of the European Union.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8408&furtherPubs=no>

This report contains statistical indicators using Eurostat microdata addressing the headline targets of Europe 2020 disaggregated by disability and comparing the situation between persons with and without disabilities

### ► **Mission PCH : rapport**

LEGUAY D.

2021

**Paris Ministère chargé de la santé.**

Ce rapport constitue le rapport du pilote de la mission PCH et non le rapport de la mission. En effet, l'unanimité sur la réforme de la prestation de compensation du handicap (PCH) aide humaine pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, mentaux et psychiques n'a pas été trouvée avec les différentes associations parties prenantes aux négociations. Concrètement, le rapport de Denis Leguay propose une révision de l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles (Casf) qui est le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation. Il préconise tout d'abord l'ajout de trois nouvelles activités au chapitre 1 de l'annexe. Il s'agit de prendre soin de sa santé, effectuer les tâches uniques ou multiples de la vie quotidienne et gérer

le stress et son comportement, faire face à l'imprévu, à une crise, à la nouveauté. Il estime que ces trois nouveaux éléments permettent de « délimiter les contours d'une population dont les difficultés dans la vie quotidienne liées à des altérations cognitives peuvent être évaluées et objectivées. » Il souhaite également intégrer la notion d'assistance « comme une modalité nouvelle d'aide humaine (différente et complémentaire à la surveillance). » Cela correspond à une demande des associations dans un contre-rapport qu'elles avaient rendu au Gouvernement en mai. Selon les propositions du rapporteur, le temps d'aide humaine pourrait atteindre 3 heures par jour, capitalisable sur 12 mois, avec un « filet de sécurité » pour les personnes dont les besoins excéderaient 45 minutes en moyenne par jour. L'annexe du Code de l'action sociale et des familles est en ligne sur le site de Legifrance : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042855653/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042855653/)

## Hôpital

## Hospital

### ► **Vers une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires**

GOUVERNEMENT

2021

**Paris Gouvernement.**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp\\_-\\_vers\\_une\\_plus\\_grande\\_attractivite\\_des\\_carrieres\\_hospitalo-universitaires.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_-_vers_une_plus_grande_attractivite_des_carrieres_hospitalo-universitaires.pdf)

Mieux accompagner les débuts de carrière, valoriser les missions d'enseignement, de recherche et de soin, ou encore améliorer la rémunération. Tels sont les grands axes des conclusions du groupe de travail sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.

### ► **Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2021

**Paris HCSP.**

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire, qui devrait stricto sensu conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, recouvre aussi le transfert d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations). Le HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patients et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire.

► **Regulated Revenues And Hospital Behavior: Evidence From A Medicare Overhaul**

GROSS T., SACARNY A., SHI M., *et al.*  
2021

**NBER Working Paper ; 29023. Cambridge NBER.**  
<https://www.nber.org/papers/29023>

We study a 2008 policy reform in which Medicare revised its hospital payment system to better reflect patients' severity of illness. We construct a simulated instrument that predicts a hospital's policy-induced change in reimbursement using pre-reform patients and post-reform rules. The reform led to large persistent changes in Medicare payment rates across hospitals. Hospitals that faced larger gains in Medicare reimbursement increased the volume of Medicare patients they treated. The estimates imply a volume elasticity of approximately unity. To accommodate greater volume, hospitals increased nurse employment, but also lowered length of stay, with ambiguous effects on quality.

► **Assessing The Quality Of Public Services: Does Hospital Competition Crowd Out The For-Profit Quality Gap?**

KUNZ J. S., PROPPER C., STAUB K., *et al.*  
2020

We examine variation in hospital quality across ownership, market concentration and membership of a hospital system. We use a measure of quality derived from the penalties imposed on hospitals under the flagship Hospital Readmissions Reduction Program. We employ a novel estimation approach that extracts latent hospital quality from panel data on penalties and addresses the problem of never- or always-penalized hospitals in short panels. Our quality measure correlates strongly across penalized conditions and with other non-incentivized quality metrics. We document a robust and sizable for-profit quality gap, which is largely crowded out by competition, particularly amongst high-quality and system-organized hospitals.

► **Should I Wait Or Should I Go? Travelling Versus Waiting For Better Healthcare**

LIPPI BRUNI M., UGOLINI C. ET VERZULLI R.  
2021

**Quaderni Working Paper DSE ; 1162. Bologne Universita di Bologna, Departement of Economics.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bol:bodewp:wp1162&r=&r=hea>

We study patient mobility in the Italian National Health System, using patient-episode level data on elective Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty procedures over the years 2008-2011. We examine how patients' choice of the hospital is affected by changes in waiting times and clinical quality within hospitals over time. We estimate mixed-logit specifications and show the importance of jointly controlling for time-invariant and time varying clinical quality to identify the effect of waiting times. Conversely, failure to capture variations in clinical quality over time does not affect the estimate of the discouraging effect of travel distance. We provide evidence that patients are responsive to changes in waiting times and clinical quality: average demand elasticity with respect to own waiting times and mortality is estimated to be - 0.17 and - 1.38, respectively. Patients' personal characteristics significantly influence how they trade off distance and waiting times with quality of care. We find a higher Willingness-To-Wait and Willingness-to-Travel to seek higher quality care for patients in the younger age groups and who are more severely ill. The results convey important policy implications for highly regulated healthcare markets.

► **Les établissements de santé - édition 2021**

TOUTLEMONDE F.  
2021

**Panorama de la Drees Paris Drees.**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>

En 2019, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, en développant notamment l'hospitalisation partielle ou à domicile.

## Covid

► **Hospitalisations pour Covid-19 en Île-de-France : déterminants socio-spatiaux de la morbidité sur la période de mars à mai et octobre à décembre 2020**

FIRDION L., FERON V., MANGENEY C., *et al.*

2021

Paris Orsif.

[https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2021/hospitalisation/ORS\\_FOCUS\\_HOSPI\\_PMSI\\_MCO\\_vd.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2021/hospitalisation/ORS_FOCUS_HOSPI_PMSI_MCO_vd.pdf)

À partir des données d'hospitalisation du PMSI-MCO, cette étude décrypte les inégalités socio-spatiales de morbidité face à la Covid-19 à partir des caractéristiques liées aux patients hospitalisés pour Covid-19 en Île-de-France. Il s'agit ici d'appréhender les différences de morbidité hospitalière à des niveaux infra-départementaux. Les taux d'hospitalisation et de réanimation sont analysés en comparant les évolutions à l'échelle communale au cours des deux périodes considérées.

## Inégalités de santé

### Health inequalities

► **Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé dégradé et un bien-être psychologique fragile**

CALVO M.

2021

Etudes Et Résultats (Drees). (1194).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/ER1194.pdf>

Dans le contexte actuel de crise sanitaire, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie chaque mois un tableau de suivi des prestations de solidarité, réalisé avec le concours des organismes gestionnaires de ces prestations. Cette publication vise à rassembler et à mettre à disposition les données mensuelles disponibles les plus récentes ainsi qu'à éclairer les effets de la crise sanitaire, y compris à l'échelle des territoires, sur l'évolution de la pauvreté en France. L'édition de juin s'accompagne d'un éclairage sur l'état de santé des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité, reposant sur l'enquête BMS 2018 menée par la Drees. Cette étude se décline sous la forme d'un Études et Résultats et de tableaux détaillés sur l'open data de la Drees.

► **The Impact Of Growing Health And Mortality Inequalities On Lifetime Social Security Payouts**

HUDOMIET HURT M. D. ET ROHWEDDLER S.

2020

RDR Working Paper ; 2020-412. Ann Arbor University of Michigan - Michigan Retirement and Disability Research Center.

<https://mrdr.csr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp412.pdf>

The prevalence of obesity, diabetes, and other health problems has increased in recent decades in the United States, and there is a growing gap between the health and longevity of individuals with high socioeconomic status (SES) and low SES. These trends likely have implications for Social Security's financial position in the coming decades. Because high-SES individuals tend to receive higher annual benefits and live longer, increases in health and mortality inequalities may result in increases in aggregate Social Security payouts. This paper uses data from the Health and Retirement Study, and a microsimulation model of health, mortality, and Social Security benefits, to forecast lifetime Social Security benefits of the 1934 to 1959 birth cohorts in the U.S. We compare alternative assumptions about the future course of mortality. We find that accounting for health and mortality inequalities is important. In a baseline model that ignores trends in mortality inequalities, we estimate that lifetime Social Security benefits would grow by 26% in real terms between the 1934 and 1959 birth cohorts due to

increasing benefit levels and improvements in average mortality. When we account for mortality inequalities, we find an increase of 28% to 38% in average lifetime benefits, depending on the assumptions of the model. We also forecast lifetime benefits using the alternative assumption that improvements in population mortality will slow for younger birth cohorts.

► **Les inégalités face à la santé**

JUSOT F., BARNAY T., SAMSON A. L., *et al.*  
2021

In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis]. Paris : Éditions Eska: 129-155.

Ce chapitre propose de présenter un bilan des inégalités sociales de santé en France et de quelques recherches menées en économie de la santé pour orienter les politiques publiques visant à les réduire. Nous dresserons tout d'abord le constat de l'ampleur des inégalités de santé en France et leurs évolutions. Il s'agira ensuite de définir le concept d'équité dans le champ de la santé et les inégalités jugées injustes, justifiant une intervention publique. Nous nous intéresserons alors aux causes de ces inégalités, et en particulier les rôles joués par les ressources financières, l'organisation du système de santé et son financement. Nous nous intéresserons enfin aux politiques et interventions pouvant théoriquement être à mise en place pour les réduire et l'efficacité des politiques et interventions mises en place jusqu'à présent.

► **Moving To Better Healthcare? Estimating The Causal Impact Of Medicaid Expansion On Homelessness**

KUMAR A.  
2020

Washington Washington State University.  
<http://ses.wsu.edu/wp-content/uploads/2020/12/JobMarketPaperLatest.pdf>

Recent homelessness figures in the United States show a puzzling trend of aggregate decline but lopsided changes across the states. This study examines the puzzle through healthcare access and provides the first causal evidence of the Medicaid expansion's impact on homeless adults' location. Using the state and county-level data on the homeless population from 2010-2017, the estimates from a difference-in-differences model show a significant 10.3% post-expansion increase in homeless individuals per capita in states

that adopted Medicaid expansion. Furthermore, utilizing the difference in homeless individuals' coverage status vis-a-vis homeless people in families, estimates from a triple difference (DDD) model also confirm baseline results. This study contributes further by uniquely utilizing county-level data to provide sub-sample analysis on metropolitan counties and counties located at state borders. Results from state, county and border-county-pair design reveal the evidence of homeless individuals' migration from non-expansion to expansion states. Two mechanisms explain the migration process: post\_expansion coverage eligibility of previously uninsured homeless individuals and the increased ability of homeless service providers in expansion states in offering healthcare and housing-related services. This paper concludes with measuring the state spending on Medicaid to demonstrate the implications of these findings on state welfare policy-making and fiscal expenditure.

► **Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres**

LAPINTE A. ET LEGENDRE B.  
2021

Etudes Et Résultats (Drees). (1200).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population. Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier les bénéficiaires de la CMU-C renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé. Les autres facteurs de risque sont le mauvais état de santé, en particulier le handicap, et l'isolement social. Néanmoins, alors qu'avec l'âge, la santé se dégrade, le renoncement, lui, décroît. De plus, les personnes en affection de longue durée (ALD) renoncent moins aux soins que les autres.

► **Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020**

LARDEUX R., PAPUCHON A. ET PIRUS C.  
2021

**Etudes Et Résultats (Drees)(1195)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/ERI1195.pdf>

Ce Baromètre de la Drees suit, chaque année, depuis 2000, l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale. Dans cette nouvelle édition, 4 002 personnes ont été interrogées en face à face du 19 octobre 2020 au 4 janvier 2021. Cette étude, réalisée dans un contexte de crise sanitaire, montre que la part des personnes qui jugent leur situation « mauvaise » s'accroît, surtout parmi les travailleurs, les jeunes adultes et dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants.

► **La fabrique des inégalités sociales de santé : Enquête sur la prise en charge des malades du cancer**

LORETTI L.  
2021

**Rennes : Presses de Ehesp**

Dans l'ensemble des pays européens, on observe que les personnes situées en haut de l'échelle sociale bénéficient d'un meilleur état de santé et d'une espérance de vie plus longue que celles situées en bas. Ce livre s'intéresse à ces inégalités sociales face à la santé et vise à saisir leur processus de constitution. Pour cela, il s'appuie sur l'exemple de la cancérologie. Cette maladie représente en effet la première cause des écarts de mortalité entre les groupes sociaux, les hommes et les femmes et les régions en France. Elle ne nous touche pas tous de la même manière et les différences entre les milieux sociaux, tant en termes d'incidence que de survie, sont considérables. Pour donner à voir et à ressentir les effets multiples des inégalités sur les corps, cet ouvrage explore et compare les trajectoires de malades issus de différents milieux sociaux. L'enquête empirique sur laquelle il s'appuie permet de mieux comprendre à quels moments, de quelles manières et dans quels espaces ces inégalités se (re) produisent, dans le temps long de la maladie. Ce livre offre ainsi des pistes pour améliorer les pratiques en cancérologie, mieux prendre en compte le vécu des malades et, surtout, la diversité de leurs besoins et de leurs expériences. Il s'adresse tout autant aux soignantes et soignants qui s'interrogent sur leurs pra-

tiques qu'aux malades et à leurs proches curieux d'en savoir plus sur la diversité des expériences de cancer. Il offre également matière à penser les défis actuels pour les autorités publiques et les associations de défense des patients.

► **Rapport sur les inégalités en France : éditions 2021**

OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS  
2021

**Paris : Observatoire des Inégalités**

La France affronte l'onde de choc économique de la crise sanitaire causée par la Covid-19, qui a fait plus de 40 000 morts. Il est encore trop tôt pour mesurer avec précision son impact sur le niveau de la pauvreté mais, déjà, le chômage et le nombre d'allocataires du RSA progressent. Ce rapport dresse un état des lieux des inégalités en France par grandes thématiques : revenu, éducation, travail, modes de vie... et fait un bilan de l'impact de la crise sanitaire sur l'aggravation de la pauvreté chez certains groupes de population.

► **Des disparités de revenu plus élevées dans les grandes villes**

PIROU D.  
2021

**Insee Focus(237)**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5386551>

En France métropolitaine, en Martinique et à La Réunion, la moitié de la population a un niveau de vie annuel supérieur à 21 650 euros en 2018. Le niveau de vie médian est plus élevé dans l'ouest de l'Île-de-France, dans les départements des capitales régionales et dans les zones frontalières avec la Suisse et l'Allemagne. À l'inverse, il est le plus faible à La Réunion, en Martinique et en Seine-Saint-Denis. Les inégalités de niveau de vie augmentent avec la taille des aires d'attraction des villes. Elles sont plus fortes au sein des pôles, en particulier dans les communes-centres, et dans les départements d'outre-mer. La pauvreté y est également plus présente.

► **Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères**

POUCINEAU J., BRICARD D. ET DOURGNON P.  
2021

**Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(259)**

<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-259-quels-effets-attendre-sur-la-pauvrete-des-mesures-de-sante-introduites-dans-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete.pdf>

Quelles sont les conséquences des politiques de santé

sur la situation économique et sociale des individus ? A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu.

## Covid

► **The Great Unequalizer: Initial Health Effects Of COVID-19 In The United States**

ALSAN M., CHANDRA A. ET SIMON K. I.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28958. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/28958>

We measure inequities from the COVID-19 pandemic on mortality and hospitalizations in the United States during the early months of the outbreak. We discuss challenges in measuring health outcomes and health inequality, some of which are specific to COVID-19 and others that complicate attribution during most large health shocks. As in past epidemics, pre-existing biological and social vulnerabilities profoundly influenced the distribution of disease. In addition to the elderly, Hispanic, Black and Native American communities were disproportionately affected by the virus, particularly when assessed using the years of potential life lost metric. For example, Hispanic and Black Americans in 2020 saw 39.5 and 25 percent increases in excess mortality relative to trend, compared to a less than 15 percent increase for Whites; we find losses in potential years of life three to four times larger among Hispanic and Black compared to White Americans. Individual-level data from a commercially insured population show that otherwise similar Black and Hispanic enrollees were hospitalized due to COVID-19 at a higher rate than White enrollees. We provide a conceptual framework and initial empirical analysis which seek to shed light on contributors to pandemic-related health inequality, and suggest areas for future research.

► **Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population ?**

AUDY E., GAMACHE L., GAUTHIER A., *et al.*  
2021

**Montréal INSPQ.**

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques.pdf>

Les technologies numériques se sont révélées indispensables pendant la pandémie de Covid-19, et ce, tant pour l'emploi et la scolarisation que pour l'accès à une gamme d'activités et de services en ligne. Alors que dans ce contexte le temps d'écran de plusieurs Québécois augmentait, des inégalités d'accès et d'usage ont été signalées. À partir d'une synthèse rapide des connaissances, les objectifs de cette publication sont de documenter les inégalités numériques auxquelles font face les populations en situation de vulnérabilité économique, celles résidant sur des territoires peu ou mal desservis par les services de télécommunication, les populations âgées, celles d'âges scolaires et celles qui présentent un faible niveau de littératie. Des mesures sont proposées pour les mitiger dans une visée d'accès équitable à un ensemble de services, d'informations et d'interventions liés à plusieurs déterminants de la santé. Le présent document a été rédigé dans le contexte d'urgence sanitaire lié à la Covid-19. Réalisé dans un court laps de temps, il se base sur une recension et une analyse sommaire et non exhaustive des écrits scientifiques, de même que sur certains documents produits préalablement

par l'INSPQ. Ce document présente des constats et des mesures visant l'équité d'accès aux technologies numériques, lesquels pourraient devoir être révisés selon l'évolution des connaissances liées à l'actuelle pandémie. L'INSPQ a mis en place une veille scientifique sur la COVID-19 afin de pouvoir apporter rapidement, si nécessaire

### ► **Inequality In Life And Death**

EICHENBAUM M. S., REBELO S. ET TRABANDT M.  
2021

**NBER Working Paper ; 29063. Cambridge NBER.**  
<https://www.nber.org/papers/w29063>

We argue that the Covid epidemic disproportionately affected the economic well-being and health of poor people. To disentangle the forces that generated this outcome, we construct a model that is consistent with the heterogeneous impact of the Covid recession on low- and high-income people. According to our model, two thirds of the inequality in Covid deaths reflect pre-existing inequality in comorbidity rates and access to quality health care. The remaining third, stems from the fact that low-income people work in occupations where the risk of infection is high. Our model also implies that the rise in income inequality generated by the Covid epidemic reflects the nature of the goods that low-income people produce. Finally, we assess the health-income trade-offs associated with fiscal transfers to the poor and mandatory containment policies.

### ► **Death And Destitution: The Global Distribution Of Welfare Losses From The COVID-19 Pandemic**

FERREIRA F. H. G., STERCK O. ET MAHLER D.  
2021

**IZA Discussion Paper ; 14370. Bonn Iza.**  
<http://ftp.iza.org/dp14370.pdf>

The Covid-19 pandemic has brought about massive declines in wellbeing around the world. This paper seeks to quantify and compare two important components of those losses – increased mortality and higher poverty – using years of human life as a common metric. We estimate that almost 20 million life-years were lost to Covid-19 by December 2020. Over the same period and by the most conservative definition, over 120 million additional years were spent in poverty because of the pandemic. The mortality burden, whether estimated in lives or in years of life lost,

increases sharply with GDP per capita. The poverty burden, on the contrary, declines with per capita national incomes when a constant absolute poverty line is used, or is uncorrelated with national incomes when a more relative approach is taken to poverty lines. In both cases the poverty burden of the pandemic, relative to the mortality burden, is much higher for poor countries. The distribution of aggregate welfare losses – combining mortality and poverty and expressed in terms of life-years – depends both on the choice of poverty line(s) and on the relative weights placed on mortality and poverty. With a constant absolute poverty line and a relatively low welfare weight on mortality, poorer countries are found to bear a greater welfare loss from the pandemic. When poverty lines are set differently for poor, middle and high-income countries and/or a greater welfare weight is placed on mortality, upper-middle and rich countries suffer the most.

### ► **Innovation And Health Disparities During An Epidemic: The Case Of HIV**

HAMILTON B., HINCAPIE A., KALISH S. C., *et al.*  
2021

**NBER Working Paper Series ;28864. Cambridge NBER.**  
<https://www.nber.org/papers/w28864>

We examine whether medical innovation can reinforce existing health disparities by disproportionately benefiting socioeconomically advantaged patients. The reason is that less advantaged patients often do not use new medications. This may be due to high costs of new drugs, but could also reflect differences in how side effects of new treatments interact with labor supply. To investigate, we develop a dynamic lifecycle model in which the effect of medical treatment on labor supply varies across sociodemographic groups. We estimate the model using rich data on treatment choices and employment decisions of men infected with HIV. In the model, treatments can improve long-run health, but can also cause immediate side effects that interact with the utility cost of work. Estimates indicate that HIV-infected men often forego medication to avoid side effects, in part to remain employed. This effect is stronger for people with fewer years of education, leading to lower use of treatment and worse health outcomes. As a result, while a breakthrough HIV treatment - known as HAART - improved lifetime utility for all patients, it disproportionately benefitted those with higher levels of completed education, thereby reinforcing existing inequality. A counterfactual subsidy that



increases non-labor income reduces employment for all education groups, but only increases adoption of HAART and improves health among lower-education individuals, who face a starker health-work tradeoff

► **L'explosion des inégalités : classes, genre et générations face à la crise sanitaire**

LAMBERT A., CAYOUILLE-REMBLIÈRE J. ET MEDA D.  
2021

Paris : Ined ; Éditions de l'Aube

Fondé sur une enquête statistique inédite produite au cœur du premier confinement et sur des portraits de familles collectés partout en France avant et pendant la crise sanitaire, cet ouvrage permet d'éclairer les liens entre les différentes dimensions de la vie sociale des Français en confinement et de comprendre, comment et pour qui, les difficultés se sont accumulées. Il éclaire également sur les manières d'organiser leurs journées et de résister d'ouvriers et d'employées, d'artisans et d'agricultrices, ou encore de cadres supérieurs, pourtant moins touchés par la crise. L'ouvrage montre comment s'articulent les rapports de classe et de genre, mais aussi d'âge, entre les ménages et au sein même des familles, où tous et toutes n'ont pas vécu de la même manière la crise sanitaire.

► **Health Care Visits During The COVID-19 Pandemic: A Spatial And Temporal Analysis Of Mobile Device Data**

WANG J. ET MCDONALD N.

2021

Chapel Hill University of North Carolina.

<https://econpapers.repec.org/paper/osfsocarx/ghptz.htm>

Transportation disruptions caused by COVID-19 have exacerbated difficulties in health care delivery and access, which may lead to changes in health care use. This study uses mobile device data from SafeGraph to explore the temporal patterns of visits to health care points of interest (POIs) during 2020 and examines how these patterns are associated with socio-demographic and spatial characteristics at the block group level in North Carolina. Specifically, using the k-meoid time-series clustering method, we identify three distinct types of temporal patterns of visits to health care POI. Furthermore, by estimating the multinomial logit models, we find that socio-demographic and spatial characteristics are strongly correlated with both the intensity and trend of medical visits during the pandemic. The results suggest that the ability to conduct in-person medical visits during the pandemic has been unequally distributed, which highlights the importance of tailoring policy strategies for specific socio-demographic groups to ensure health care delivery and access in a timely, equitable, and safe manner.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

► **Le marché du médicament en officine de ville en 2020**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2021

In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021.]. Paris : CCSS: 128-131.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/RAPPORT%20CCSS%20JUIN%202021.pdf>

En 2020, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville continue de progresser pour la troisième année consécutive et atteint 19,8 Md€, en hausse de 1,8 %.

Cette hausse intervient alors même que la crise de la Covid-19 a pesé sur le nombre de boîtes de médicaments vendues, avec un recul historique de 3,5 %, qui s'explique d'une part par les deux confinements, mais aussi par la baisse du volume de médicaments indiqués dans le traitement des pathologies hivernales, mieux contrôlées par les gestes barrières liés à la Covid-19. En sens inverse, les baisses de prix ont été moindres que lors des années précédentes (-2,9 % contre -4 % en moyenne entre 2012 et 2019), tandis que le chiffre d'affaires a été dynamisé par l'arrivée sur le marché officinal de molécules onéreuses. En particulier, Orkambi® a été délivré en pharmacie à compter de décembre 2019, alors qu'il était auparavant

vant disponible exclusivement à l'hôpital au titre de son autorisation temporaire d'utilisation dans le traitement de la mucoviscidose. En outre, la progression toujours soutenue des anticoagulants oraux Eliquis® et Xarelto® contribue pour 0,6 point à la croissance du chiffre d'affaires en 2020. La modération du chiffre d'affaires liée à la pénétration en hausse des médicaments génériques ne fait que tempérer cette hausse du CAHT. Cette pénétration en hausse s'explique en partie par l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure qui plafonne le remboursement des assurés refusant sans justification médicale la substitution d'un médicament princeps par un générique (article 66 de la LFSS pour 2019). Les remboursements par l'assurance maladie de médicaments délivrés en ville évoluent beaucoup plus vite (+ 4,0 % en 2020) que le chiffre d'affaires hors taxe (+ 1,8 %), alors qu'en 2019, leurs taux de croissance étaient proches (cf. graphique 1). Ce décalage exceptionnel tient aux honoraires des pharmaciens, intégrés au périmètre remboursé par l'assurance maladie. Les honoraires des pharmaciens ont en effet été augmentés pendant la crise (tests antigéniques et délivrance de masque), ce qui s'ajoute aux hausses prévues dans le cadre de la refonte des honoraires des pharmaciens (avenant 11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé en 2017).

► **Rapport d'information en conclusion de la mission d'information sur les médicaments**

DUFFEU A. ET TOURAINE J. L.  
2021

**Paris Assemblée Nationale.**

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4275\\_rapport-information.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4275_rapport-information.pdf)

En matière de production pharmaceutique, la France occupe le cinquième rang dans le monde et le quatrième en Europe derrière la Suisse, l'Allemagne et l'Italie. La pandémie de Covid-19 a mis en lumière la dépendance de la France et de l'Union européenne vis-à-vis de pays étrangers notamment dans le secteur du médicament. Ce rapport de la mission d'évaluation des médicaments propose plusieurs recommandations pour assurer l'indépendance de la France dans la production des médicaments et la recherche pharmaceutique.

► **Rapport d'information sur l'innovation en santé**

ELMONT-KOROPOULIS A. ET GUILLOTIN V.  
2021

**Paris Sénat.**

<http://www.senat.fr/rap/r20-708/r20-708.html>

Dans le cadre d'une mission d'information sur l'innovation en santé, la commission a dressé le bilan de la mise en œuvre des mesures du 8<sup>e</sup> conseil stratégique des industries de santé (CSIS), et préparé le prochain CSIS dont les orientations sont annoncées pour la fin du mois de juin 2021, en identifiant les principaux freins réglementaires, financiers, organisationnels mais aussi culturels qui demeurent pour stimuler l'innovation en santé en France et faciliter l'accès aux thérapies innovantes.

► **The Pharmaceutical Industry In Figures 2020**

FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS ET INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

2021

**Bruxelles EFPIA.**

[https://efpia.eu/media/554521/efpia\\_pharmafigures\\_2020\\_web.pdf](https://efpia.eu/media/554521/efpia_pharmafigures_2020_web.pdf)

Cette brochure rassemble les principaux chiffres-clés sur l'industrie pharmaceutique des pays européens membres de l'EFPIA : structure de l'industrie pharmaceutique, marché du médicament, recherche pharmaceutique, emploi, remboursement, dépenses pharmaceutiques... Elle présente aussi des données de cadrage... Elle révèle notamment que l'industrie pharmaceutique est le secteur industriel le plus actif en R&D en Europe et qu'en 2020, il a investi environ 39 milliards d'euros en R&D en Europe

► **Monitoring The Impact Of Covid-19 On The Pharmaceutical Market EU4 & UK**

IQVIA

2021

**Paris IQVIA.**

<https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/files/iqvia-covid-19-eu4-and-uk-newsletter.pdf>

Ce rapport analyse l'impact de la pandémie de la Covid-19 sur le marché pharmaceutique en Europe et au Royaume-Uni.

► **Does Prescribing Appropriateness Reduce Health Expenditures? Main Effects And Unintended Outcomes**

LUCIFORA C., RUSSO A., VIGANI D., *et al.*  
2021

**Working Paper ; 103. Milan Univesita Cattolica del Sacro Cuore, Di partimento di Economic e Finanza.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ctc:serie1:def103&r=&r=hea>

We evaluate the effectiveness of a reform to contain health-care costs by restraining general practitioners' (GP) ability to prescribe outpatient treatments, on the basis of strict appropriateness criteria. Using register data for a large Metropolitan area in Italy, we find a significant contraction in both outpatient expenditures (-24%) and volumes (-12%) after the reform. The effects on expenditures are found to be heterogeneous across GPs' characteristics, pointing out the mediating role of GPs' prescribing behavior. The reform also affected the composition of outpatient spending and produced unintended consequences on the demand for medical services of vulnerable groups, who were originally excluded from its application, as well as on access to emergency care.

► **Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 : point de situation jusqu'au 25 avril 2021. 6e rapport**

WEILL A., DROUIN J., DESPLAS D., *et al.*

2021

**Paris Epi-Phare.**

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>

Depuis le début du 1<sup>er</sup> confinement en mars 2020, le groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPI- PHARE constitué par l'ANSM et la Cnam assure, à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS), le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville. Il publie ce jour son 6ème rapport couvrant la période du 16 mars 2020 au 25 avril 2021 et portant sur 4 milliards de lignes de prescriptions remboursées par l'assurance maladie à 51,6 millions d'assurés du régime général.

## Méthodologie-Statistique

### Methodology-Statistics

► **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Institutions - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux**

BONESCHI S. ET MISSEGUE N.

2021

**Dossiers de la Drees ; 82 .Paris Drees.**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/lestimation-des-revenus-des-seniors-dans-lenquete-care>

Les enquêtes Capacité, Aides et REssources (CARE) des seniors (volet ménages et volet institutions) ont été réalisées par la Drees en 2015 et 2016. Ce dispositif a été mis en place pour suivre l'évolution du nombre, des caractéristiques et des conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. La question du financement de la perte d'autonomie et, en particulier, du reste à charge des ménages est aussi un des objectifs de ce dispositif. Aussi, les revenus des seniors

doivent-ils être mesurés de manière la plus précise possible. C'est pourquoi les ressources dont disposent les seniors ne sont pas collectées par voie d'enquête, mais grâce à un appariement avec les sources fiscales et sociales dont dispose l'Insee. Il s'agit d'un appariement effectué sur la base de données identifiantes (nom, prénom, etc.) Cet appariement est qualifié de « statistique », car un certain degré de liberté est autorisé lorsque l'appariement n'est pas certain : une personne ayant les mêmes caractéristiques au regard d'une partie seulement des données identifiantes reste considérée comme la personne retrouvée. L'enrichissement avec les données fiscales est de très bonne qualité : sur les 3 262 seniors répondants à l'enquête CARE- Institutions, 3 076 seniors (94,3 %) ont été retrouvés dans les déclarations de revenus et d'imposition, et les informations les concernant ont donc pu être enrichies avec les données de ces déclarations. Par ailleurs, 1 621 seniors soit 49,7 % ont été

retrouvés dans les fichiers sociaux comme percevant des prestations d'au moins une des caisses disponibles (CNAF, CCMSA, CNAV). Cependant, afin de disposer des revenus pour l'ensemble des seniors répondant à l'enquête, il est nécessaire d'imputer des revenus aux seniors non retrouvés à l'issue de l'enrichissement, ainsi qu'à leurs éventuels conjoints. Les 186 seniors répondant à CARE-Institutions, et non retrouvés dans les déclarations fiscales 2016, font l'objet d'imputations pour l'ensemble des données fiscales, ainsi que pour les prestations sociales et pensions de retraite. Les méthodes employées et les résultats obtenus sont décrits dans ce dossier.

► **Statistical Rethinking: A Bayesian Course With Examples In R And Stan**

MCELREATH R.

2020

**Boca Raton : CRC Press**

Statistical Rethinking: A Bayesian Course with Examples in R and Stan builds readers' knowledge of and confidence in statistical modeling. Reflecting the need for even minor programming in today's model-based statistics, the book pushes readers to perform step-by-step calculations that are usually automated. This unique computational approach ensures that readers understand enough of the details to make reasonable choices and interpretations in their own modeling work. The text presents generalized linear multilevel models from a Bayesian perspective, relying on a simple logical interpretation of Bayesian probability and maximum entropy. It covers from the basics of regres-

sion to multilevel models. The author also discusses measurement error, missing data, and Gaussian process models for spatial and network autocorrelation. By using complete R code examples throughout, this book provides a practical foundation for performing statistical inference. Designed for both PhD students and seasoned professionals in the natural and social sciences, it prepares them for more advanced or specialized statistical modeling. Web Resource The book is accompanied by an R package (rethinking) that is available on the author's website and GitHub. The two core functions (map and map2stan) of this package allow a variety of statistical models to be constructed from standard model formulas.

► **Guide pédagogique Health Data Hub : Note d'information aux personnes**

HEALTH DATA HUB

2021

**Paris HDH.**

<https://health-data-hub.fr/actualites/benchmark-international>

L'objectif de ce document est d'aider les porteurs de projet à fournir l'information aux personnes concernées par un projet de recherche impliquant un traitement de données de santé. Ce guide contient notamment un arbre de décision qui permettra d'identifier la situation juridique dans laquelle le chercheur se trouve et ses obligations, les éléments nécessaires pour réaliser l'information des personnes et présente quelques cas particuliers si le chercheur n'est pas en mesure d'informer.

## Covid

► **Epidemiology And Control Of SARS-Cov-2 Epidemics In Partially Vaccinated Populations: A Modeling Study Applied To France**

BOSETTI P., TRAN K. C., ANDRONICO A., *et al.*

2021

**Paris Institut Pasteur.**

<https://hal-pasteur.archives-ouvertes.fr/pasteur-03272638>

A l'aide de modèles mathématiques, les chercheurs de l'unité Modélisations mathématiques des maladies infectieuses à l'Institut Pasteur ont étudié comment la vaccination partielle de la population française

devrait changer l'épidémiologie du SARS-CoV-2. Ils en déduisent des implications pour le contrôle d'un possible rebond de l'épidémie cet automne.

## Politique publique

### Public Policy

#### ► Les grands défis économiques

BLANCHARD O. ET TIROLE J.

2021

##### Paris France stratégie.

[https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-les\\_grands\\_defis\\_economiques-juin\\_0.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-les_grands_defis_economiques-juin_0.pdf)

La lutte contre la pandémie mondiale ne doit pas occulter l'action face à trois grands défis auxquels notre société est confrontée : la lutte contre le réchauffement climatique, la réduction des inégalités, et l'adaptation au vieillissement de la population. C'est pourquoi le Président de la République avait demandé, en mai 2020, à 26 économistes de réfléchir en profondeur à la dimension économique de ces trois défis, afin de proposer un cadre d'analyse et des idées nouvelles. La commission sur Les grands défis économiques a ainsi travaillé en toute indépendance pendant plus d'un an, sous l'égide d'Olivier Blanchard et de Jean Tirole, avec l'appui de France Stratégie. Ce rapport

présente leurs conclusions.

#### ► Données de santé : Passer le cap citoyen !

GALISSAIRE J.

2021

##### Paris : Renaissance numérique

<https://www.renaissancenumerique.org/publications/donnees-de-sante-passer-le-cap-citoyen>

Renaissance Numérique appelle à passer un cap dans l'exploitation des données au service du système de santé et à mettre les citoyens au cœur de cette transformation. Le think tank formule onze recommandations autour de trois grands axes : gouvernance du système de santé, partage des données de santé et redéfinition de la gouvernance des données de santé. Elles sont l'aboutissement d'une réflexion lancée au printemps 2020, qui a réuni une dizaine de membres du think tank et a donné lieu à des échanges avec trente-neuf personnalités clés de l'écosystème.

### Covid

#### ► Covid-19 : le panorama des 279 projets de recherche financés entre mars 2020 et avril

AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE

2021

##### Paris ANR.

[https://anr.fr/fileadmin/documents/2021/ANR\\_Panorama-projets-Covid\\_05072021.pdf](https://anr.fr/fileadmin/documents/2021/ANR_Panorama-projets-Covid_05072021.pdf)

Ce document rassemble les projets de recherche financés par l'Agence nationale de la recherche (ANR) sur la Covid-19 entre mars 2020 et avril 2021. Les projets financés impliquent la participation de plus de 700 partenaires et recouvrent des thématiques variées : biologie du virus SARS-CoV-2, caractérisation de la réponse immunitaire des patients, développement de tests diagnostiques, recherche de molécules antivirales, modélisation de la dissémination du virus, protection contre les infections, organisation des services hospitaliers et des soins, éthique médicale, analyse des perceptions et des comportements, des mesures de gestion et des

politiques publiques, mais aussi des enjeux sociaux, économiques et géopolitiques. Outre les sciences biologiques et médicales et les sciences humaines et sociales, les projets mobilisent les mathématiques et la modélisation, les sciences physiques et chimiques.

#### ► Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid-19

COUR DES COMPTES

2021

##### Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-financement-de-la-recherche-publique-dans-la-lutte-contre-la-pandemie-de-covid-19>

La première partie de ce rapport dresse l'inventaire des ressources dégagées par les principaux bailleurs de crédits (ministères, agences de financement, Europe) et des ressources mobilisées par les principaux opéra-

teurs, qu'il s'agisse des établissements de recherche, des universités ou des centres hospitaliers universitaires (CHU). La seconde partie met cet état des lieux en perspective. En dépit des efforts particulièrement méritoires de tous les acteurs du système de recherche français, et malgré les qualités internationalement reconnues de nos chercheurs, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. L'éparpillement des initiatives, la difficile mise au point de priorités, l'impréparation à la prise de risque et les lourdeurs administratives ont contrarié la création d'un système de réponse cohérent et efficace. Il a manqué une stratégie de recherche dans laquelle chacun, à la place qu'il occupe, puisse se reconnaître. L'absence de chef de file pour la mettre en œuvre a notamment été pénalisante. Au-delà des évaluations sur les volumes financiers débloqués en situation critique et des observations sur des défauts d'organisation en temps de crise, l'audit met en évidence des défauts structurels qu'il convient de corriger.

► **À la bonne santé de tous les Européens !  
Pour une agence de santé européenne  
unique**

CREEL J., SARACENO F. ET WITTEW J.  
2021

**Policy Brief (Ofce)(90).**

<https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbrief/2021/OFCEpbrief90.pdf>

La crise de Covid-19 a mis la santé au cœur des préoccupations et des débats de politique publique et elle a fait prendre conscience des faiblesses de l'Union européenne dans la prévention et la gestion d'une pandémie. Le début de la campagne de vaccination, malgré ses défauts, a montré l'importance d'une politique commune pour le bloc, permettant une solidarité de fait entre les États membres par l'intermédiaire d'une répartition de l'approvisionnement en vaccins basée sur la taille respective des populations nationales. Nous envisageons dans cette note d'aller plus loin et de mener une politique européenne de santé commune. Nous proposons que cette politique soit administrée par une agence européenne de santé unique dotée de moyens financiers suffisants pour assurer ses missions. L'initiative Health4EU, ou la santé pour tous les citoyens européens, que nous défendons n'est pas de créer une politique européenne de santé qui se substituerait aux politiques nationales, mais d'adjoindre à ces politiques nationales trois missions complémentaires. Tout d'abord, l'agence coordonnerait une politique d'investissement en capital humain en facilitant

la mobilité des soignants pour leur permettre de suivre ou d'assurer des formations complémentaires sur le terrain, contribuant ainsi à améliorer l'adéquation, en qualité et en quantité, entre l'offre et la demande locales en matière de santé. Deuxièmement, l'agence garantirait un approvisionnement stratégique en médicaments et en équipements. Elle donnerait à l'UE une capacité d'achat, donc de négociation auprès des industriels de santé qui permettrait d'y faire jouer les économies d'échelle. Enfin, l'agence assisterait les autorités locales afin qu'elles améliorent leurs infrastructures de santé et de soins de longue durée, donnant ainsi chair à une politique européenne de santé plus ambitieuse et soucieuse d'atténuer les inégalités d'accès aux soins dans toute l'Europe.

► **Rapport d'information déposé  
par la commission des affaires  
européennes relatif à la coordination  
par l'Union européenne des mesures  
nationales de gestion de la crise sanitaire**

KARAMANLI M.  
2021

**Paris Assemblée nationale.**

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/duel/15b4327\\_rapport-information.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/duel/15b4327_rapport-information.pdf)

Faisant suite à la communication sur « La réponse sanitaire européenne a-t-elle été à la hauteur des enjeux de la crise de la covid ? » présentée en juillet 2020 par les députés Mme Marietta Karamanli et M. Jean-Pierre Pont, ce rapport constitue un point d'étape pour évaluer l'efficacité de la coordination par l'Union des mesures nationales de gestion de la crise sanitaire. Si les rapporteurs se sont principalement intéressés à la coopération sanitaire au niveau européen, les leçons à tirer de la crise ne peuvent se réduire à ce seul aspect. En effet, « à la crise du covid-19, l'Europe a dû apporter au moins trois types de réponses : sanitaire, économique et géopolitique. L'efficacité, la maturité et la cohérence de ces réponses varient largement, notamment en fonction des compétences de l'Union. Ce patchwork laisse à voir une Europe qui tente non sans mal d'articuler une réponse globale et cohérente à la crise du Covid-19 ».

► **Le financement et l'organisation de la recherche en biologie-santé**

LONGUET G. ET VILLANI C.  
2021

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-770-notice.html>

La pandémie de la Covid-19 ayant mis en avant certaines défaillances du dispositif de recherche et

d'innovation en sciences biologiques et santé, les Académies nationales de médecine et de pharmacie ont décidé d'approfondir les réflexions qu'elles avaient conduites dans le cadre d'un travail préparatoire à la loi de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 (LPR) sur l'état de la recherche dans ce domaine. Un rapport en deux parties a ainsi été produit, soulignant notamment une insuffisance et une mauvaise organisation

## Politique de santé

### Health Policy

► **La politique de santé en France**

BONNICI B.  
2021

Paris : PUF

À la fois politique, sociale et économique, la politique de santé constitue pour chacun un enjeu de premier ordre. Mais s'il est communément reconnu que, la santé n'a individuellement pas de prix, elle a un coût pour la collectivité. Un coût qui ne cesse de croître. Cet ouvrage expose comment une politique sociale ambitieuse doit faire cohabiter harmonieusement la dimension juridique, qui exalte les droits et la protection des malades, avec la dimension économique fondée sur la contribution des groupes constituant le système de santé (la population, les producteurs de santé, l'État et la Sécurité sociale).

► **Les politiques de lutte contre le cancer en France**

CASTEL P., JUVEN P. A. ET VEZIAN A.  
2019

. Rennes : Presses de Ehesp

2019 sonne la fin du troisième Plan cancer. Depuis 2003, chaque nouveau Plan est précédé de rapports et de débats concernant l'évaluation de l'engagement de l'État dans les politiques de lutte contre le cancer. Alors que l'éventuel quatrième Plan n'a pas encore livré ses contours, le présent ouvrage invite à porter un regard sociologique sur les politiques passées, en abordant les principaux enjeux de la lutte contre le cancer : la recherche, les pratiques de soin, la place accordée aux

patients, l'organisation de la prise en charge du dépistage, le prix des traitements médicamenteux, la place des médecins et les transformations de leurs pratiques du fait des innovations biomédicales...Par des enquêtes empiriques conduites en France, les auteurs proposent de rendre compte des formes de l'action publique et de ses effets sur les dynamiques professionnelles et marchandes dans le secteur de la cancérologie. Adoptant une perspective d'analyse au plus près des pratiques et des discours des acteurs, cet ouvrage donne matière à penser les défis actuels pour les patients et leurs associations, les professionnels de santé et de la recherche, et les autorités publiques.

► **La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France**

FAUCHIER-MAGNAN E. ET FENOLL B.  
2021

Paris Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>

Le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'Igas d'une mission d'évaluation de l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Ce rapport dresse un panorama préoccupant des professions en charge de la santé de l'enfant : crise des différentes composantes de la médecine de l'enfant en ville (pédiatrie libérale, PMI et médecine scolaire), notamment du fait de leur démographie (44 % des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans) et de leur répartition inégale sur le territoire (8 départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants); rôle croissant des médecins généralistes, inégalement formés à la médecine de l'enfant;

perte d'attractivité de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique à l'hôpital; mobilisation et valorisation insuffisantes des compétences des professionnels paramédicaux (infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture); difficultés de la pédopsychiatrie. La coordination des acteurs de santé de l'enfant reste un objectif insuffisamment concrétisé, notamment entre médecine de ville et hôpital.

► **Introduction à l'économie politique de la santé**

FAUCON F. ET LE GUILLOU Y.

2021

Paris : Ellipses

Cet ouvrage ambitionne d'expliquer comment interagissent les valeurs sociales, les théories économiques et les choix politiques qui structurent les systèmes de santé et déterminent les outils employés pour leur régulation. À partir d'une triple perspective : théorique, historique et critique, il dresse un panorama inédit appuyé sur des exemples concrets tirés des systèmes étrangers. Le système français est analysé au fil du texte et en annexe à la lumière des concepts évoqués.

► **Rapport d'information sur les agences régionales de santé**

FIRMIN-LE BODO A. ET GRELIER J. C.

2021

Paris Assemblée nationale.

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4267\\_rapport-information](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4267_rapport-information)

Ce rapport parlementaire dresse le bilan des dix ans des agences régionales de santé, « superstructures » administratives créées en 2010 pour gérer la santé. Loin de souhaiter leur suppression, les deux parlementaires auteurs de l'étude suggèrent de « préserver le périmètre actuel des missions des ARS », qui englobe l'hôpital, les soins de ville, le médico-social et la veille sanitaire. A condition de leur « donner les moyens réels de leur action, tant financiers qu'humains », ce qui passe notamment par la « préservation » d'effectifs rognés année après année

► **Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2021

Paris HCAAM.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-du-hcaam-sur-la-regulati.html>

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est prononcé en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité à l'ensemble des besoins de santé et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. Mettre en place cette organisation adaptée à la transition épidémiologique nécessite des investissements conséquents (dans les organisations, les systèmes d'information, les ressources humaines, la prévention) dont les pleins effets ne seront visibles qu'à moyen terme. Le cadre actuel de régulation du système de santé n'est pas compatible avec cet horizon de transformation. La première partie de ce rapport montre qu'il est nécessaire de se doter d'une trajectoire de moyen terme pour le système de santé, reliant objectifs de santé, transformation du système de soins et moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs. La deuxième partie propose un cadre de mise en œuvre de cette programmation pluriannuelle. La troisième partie présente des premières propositions pour poursuivre de la territorialisation des politiques de santé.

► **Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis**

JUSOT F., WITTEWER J., DORMONT B., *et al.*

2021

Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions?



► **Quatre ans de politique de santé en France : quinquennat d’Emmanuel Macron**

MALATRE-LANSAC A.

2021

Paris Institut Montaigne.

<https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/sante-quinquennat-macron-le-grand-decryptage.pdf>

À moins d’un an de l’élection présidentielle, l’Institut Montaigne a cherché à savoir où en est le quinquennat d’Emmanuel Macron. Dans la lignée de l’exercice réalisé en 2018 sur les 12 premiers mois du Président à la tête du pays, cette nouvelle opération vise à tirer le fil des réformes mises en œuvre depuis 2017, qu’elles aient été annoncées dans le programme du candidat ou décidées durant son mandat.

► **Ségur de la santé : un an des transformations pour le système de santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2021

Paris : ministère chargé de la santé

[https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/dp---segur-1-an.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/dp---segur-1-an.pdf)

Ce dossier de presse dresse le bilan après un an des mesures mises en œuvre suite aux accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020. La revalorisation des salariés des structures publiques rattachées est effective jusqu’à fin 2021. Les premiers accords passés pour transposer les revalorisations initiales du Ségur de la santé bouleversent en effet la réglementation et imposent des mesures transitoires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article

48) n’a effectivement pas prévu les compléments de traitement indiciaire (CTI) pour les personnels des structures sociales et médico-sociales rattachées à un établissement public de santé relevant de la fonction publique hospitalière (FPH, comme par exemple les maisons d’accueil spécialisées, les foyers d’accueil médicalisé, les structures de l’addictologie, etc.), à un Ehpad public, à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS comprenant au moins un Ehpad) et à certains groupements d’intérêt public (GIP) à vocation sanitaire. Dans le cadre des travaux menés par Michel Laforcade pour étendre le Ségur aux professionnels du médico-social et du social, un premier accord a émergé en février 2021 entre les organisations syndicales (Unsa, FO, CFDT), la FHF et le Gouvernement pour revaloriser les professionnels des structures publiques rattachées à partir de cet été. Dans l’attente de nouvelles dispositions qui pourraient être intégrées dans le futur projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, un décret et un arrêté du 8 juin 2021 viennent d’être publiés pour permettre de lancer le financement du dispositif. Ces deux textes actent des revalorisations pour les fonctionnaires des structures rattachées. Pour autant, l’application de ces évolutions de rémunérations sont qualifiées de « temporaires ». Elles s’élèvent comme convenu dans l’accord signé en début d’année à 183 euros. Il est également précisé que « lorsque l’agent exerce son activité dans plusieurs structures, le montant de la prime est calculé au prorata du temps accompli dans l’une des structures ouvrant droit à son versement ». Les revalorisations salariales des professions du secteur médico-social (mis à part le privé lucratif) sont concrétisées par l’arrêté du 21 juin 2021 (avenant n° 43 de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile - Bad. Le financement pérenne n’est pas encore déterminé.

**Covid**

► **The Impact Of The COVID-19 Pandemic And Policy Responses On Excess Mortality**

AGRAWAL V., CANTOR J. H. ET SOOD N.

2021

NBER Working Paper Series ;28930. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/w28930>

As a way of slowing COVID-19 transmission, many coun-

tries and U.S. states implemented shelter-in-place (SIP) policies. However, the effects of SIP policies on public health are a priori ambiguous as they might have unintended adverse effects on health. The effect of SIP policies on COVID-19 transmission and physical mobility is mixed. To understand the net effects of SIP policies, we measure the change in excess deaths following the implementation of SIP policies in 43 countries and all U.S. states. We use an event study framework to quan-

tify changes in the number of excess deaths after the implementation of a SIP policy. We find that following the implementation of SIP policies, excess mortality increases. The increase in excess mortality is statistically significant in the immediate weeks following SIP implementation for the international comparison only and occurs despite the fact that there was a decline in the number of excess deaths prior to the implementation of the policy. At the U.S. state-level, excess mortality increases in the immediate weeks following SIP introduction and then trends below zero following 20 weeks of SIP implementation. We failed to find that countries or U.S. states that implemented SIP policies earlier, and in Which SIP policies had longer to operate, had lower excess deaths than countries/U.S. states that were slower to implement SIP policies. We also failed to observe differences in excess death trends before and after the implementation of SIP policies based on pre-SIP COVID-19 death rates.

► **Enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la Covid-19 des enfants et des adolescents : Avis du Comité National d'éthique**

CCNE

2021

Paris CCNE.

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/enjeux-ethiques-relatifs-la-vaccination-contre-la-covid-19-des-enfants-et-des-adolescents>

La question d'ouvrir la vaccination à une partie de la population plus jeune qui n'est que peu affectée par des formes sévères de la Covid-19 soulève des enjeux éthiques. Pour cette raison, le ministère des Solidarités et de la Santé a souhaité recueillir l'avis du CCNE le 27 avril 2021. Il s'agit d'une question complexe compte tenu tant des connaissances que l'on a du virus, que des différentes stratégies envisageables pour en contrer la propagation, ainsi que les conséquences de ces vaccins sur la santé globale de la population. L'ouverture de la vaccination aux mineurs pose aussi la question de leur consentement libre et éclairé. Ce rapport rassemble les recommandations du CCNE. Toutefois, l'institution regrette que l'annonce gouvernementale d'ouverture de la vaccination aux adolescents ait été faite avant que son avis ait été rendu.

► **Covid, une crise qui oblige**

CHAMBAUD L.

2021

Rennes : HyGée

La crise que nous vivons nous oblige à plus d'un titre. La pandémie nous fait vivre sous le régime de la contrainte, qu'elle soit individuelle ou collective. S'abstraire des mesures édictées fait planer le spectre de vagues successives qui submergent notre système de soins et alimentent une comptabilité macabre. Mais maintenir ces restrictions trop longtemps a une incidence sanitaire, sociétale et démocratique que nous ne mesurons pas encore. Par ailleurs, cette crise nous engage à interroger nos modèles de société et notre conception de la santé. Beaucoup de commentateurs et de décideurs parlent d'un avant et d'un après. Mais qu'en sera-t-il vraiment ? Comment prévenir et faire face à de nouvelles menaces sanitaires tout en privilégiant le vivre-ensemble ? Loin des discours convenus et des approches réductrices, Laurent Chambaud plaide pour élargir notre réflexion et redécouvrir le sens d'un terme parfois galvaudé depuis le début de cette pandémie : la santé publique (4<sup>e</sup> de couv.)

► **Direct And Spillover Effects From Staggered Adoption Of Health Policies: Evidence From COVID-19 Stay-At-Home Orders**

ELENEV V., QUINTERO L. E. ET REBUCCI A.

2021

NBER Working Paper Series ;29088. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29088>

Local policies can have substantial spillovers both across geographies and markets. Little is known about the impact of public health regulations across administrative borders. We estimate U.S. county level direct and spillover effects of Stay-at-Home-Orders (SHOs) aimed at containing the spread of COVID-19 on mobility and social interaction measures. We propose a modified difference-in-difference regression design, based on contiguous-county triplets. This approach compares treated counties, which adopted the SHO, and neighbors, to the neighbor's neighbors, which we term hinterland, counties. We find that mobility in neighboring counties declined by a third to a half as much as in the treated locations. These spillover effects are concentrated in neighbors that share media markets with treated counties. Using directional mobility data, we

decompose the spillover decline in mobility into reductions in external visits coming from the treated county and an even stronger voluntary decline in the neighbor county's own traffic. Together, our results provide strong evidence that SHOs operate through information sharing and illustrate the quantitative importance of voluntary social distancing. The finding that the estimated spillovers are in the same direction as the direct effects casts doubt on the prevailing narrative that a more nationally coordinated policy response would have accomplished a greater reduction in mobility and contacts.

► **Rapport d'information sur la stratégie vaccinale à mettre en œuvre pour limiter la quatrième vague de la pandémie**

JOMIER B.

2021

Paris Sénat.

La mission d'information, forte des enseignements de l'étude commandée à l'ANRS maladies infectieuses émergentes a acquis la conviction que la stratégie vaccinale doit radicalement et rapidement évoluer afin d'affronter la probable quatrième vague de la pandémie à l'automne 2021. Après le « vivre avec le virus » dont chacun perçoit les limites, et à la veille de l'été, elle formule cinq recommandations fortes : Poser franchement le débat de l'obligation vaccinale et, éventuellement, privilégier un ciblage sur les classes d'âge intermédiaires; Ne plus se contenter d'ouvrir des centres de vaccination mais mettre en œuvre sans tarder une politique d'« aller vers »; Lancer dès la rentrée une stratégie ambitieuse de dépistage en milieu scolaire; Relancer la stratégie « tester/tracer/isoler » permettant véritablement de remonter les chaînes de transmission; Saisir les différents organismes consultatifs compétents en matière de santé publique et de démocratie sanitaire afin de sortir des attermoissements actuels.

► **Les droits des usagers à l'épreuve du Covid : rapport de la Conférence nationale de la santé adopté en Assemblée plénière le 25 juin 2021**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2021

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/droits-des-usagers/rapports-annuels-mandature-2020-2025/article/les-droits-des-usagers-en-sante-a-l-epreuve-de-la-crise-sanitaire-de-la-covid>

Ce premier rapport de la nouvelle mandature de la Conférence nationale de santé (CNS) sur le respect des droits des usagers s'inscrit dans le cadre d'une crise sanitaire majeure liée à pandémie au SARS-Cov2. Ce document se fonde sur l'analyse de 109 contributions, produites pour la quasi-totalité, par des membres de l'instance. Les thématiques traitées sont les suivantes : l'impact sur les parcours de santé des usagers du système de santé, les répercussions sur les droits des usagers, les conséquences sur les conditions d'exercice des professionnels des champs sanitaire, médicosocial et social, l'organisation, le pilotage et la gouvernance de la réponse à la crise, notamment en ce qui concerne les enjeux de coordination entre acteurs, la prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'élaboration de réponses face à l'épidémie.

► **Quelles politiques de santé pour améliorer la qualité des soins ?**

OR Z., ROCHAIX L., SIRVEN N., *et al.*

2021

In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.]. Paris : Éditions Eska: 223-251.

Ce chapitre offre une analyse économique de la qualité des soins, portant majoritairement sur le cas français et avec une mise en perspective internationale. Le but est de clarifier la définition de la qualité, sa relation directe avec la performance du système de santé et d'analyser les principaux leviers pour l'améliorer. La connaissance des développements importants en matière de définition et de mesure de la qualité doit en effet permettre d'adopter une vision plus englobante et plus pertinente de la qualité, perçue comme une variable stratégique d'ajustement par les producteurs, qui doit être rigoureusement encadrée, voire régulée. Ces éléments sont développés successivement dans ce chapitre autour des questions de définition

et de mesure de la qualité puis des politiques visant son amélioration.

► **Premiers retours sur une épidémie**

PIALOUX G., SLIMAN G. ET VIGOUROUX P.  
2021

**Sève : Les Tribunes De La Sante(68): 21-103.**

Ce numéro se propose de faire un premier retour sur l'épidémie de coronavirus qui sévit toujours. Pour un premier éclairage, deux articles reviennent sur les conséquences de la maladie sur le système de santé et la société. Dans un deuxième temps, sont analysées les conditions dans lesquelles trois pays européens (Italie, Allemagne, Suède) ont fait face à la situation. Enfin la revue propose d'explorer certaines thématiques qui ont marqué ces dix-huit derniers mois. Une réflexion est ainsi proposée sur la résilience des systèmes de santé des pays développés. La question des inégalités de santé est également abordée à travers le prisme de l'impact de la maladie dans les quartiers défavorisés. Un dernier article tente de faire le point sur le rôle joué par les réseaux sociaux au sein de la crise.

► **In The Wake Of The Pandemic: Preparing For Long COVID**

RAJAN S., KHUNTI K., ALWAN N., *et al.*  
2021

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569598/pdf/Bookshelf\\_NBK569598.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569598/pdf/Bookshelf_NBK569598.pdf)

COVID-19 can cause persistent ill-health. Around a quarter of people who have had the virus experience symptoms that continue for at least a month but one in 10 are still unwell after 12 weeks. This has been described by patient groups as "Long COVID". Our understanding of how to diagnose and manage Long COVID is still evolving but the condition can be very debilitating. It is associated with a range of overlapping symptoms including generalized chest and muscle pain, fatigue, shortness of breath, and cognitive dysfunction, and the mechanisms involved affect multiple system and include persisting inflammation, thrombosis, and autoimmunity. It can affect anyone, but women and health care workers seem to be at greater risk. Long COVID has a serious impact on people's ability to go back to work or have a social life. It affects their mental health and may have significant economic consequences for them, their families and for society.

Policy responses need to take account of the complexity of Long COVID and how what is known about it is evolving rapidly.

► **Réglementation et impact des différents usages du cannabis : rapport de la mission d'information commune**

REDA R., MOREAU J. B., JANVIER M. C., *et al.*  
2021

**Paris Assemblée Nationale.**

<https://www2.assemblee-nationale.fr/15/missions-d-information/missions-d-information-communes/reglementation-et-impact-des-differents-usages-du-cannabis/%28block%29/65682>

En France, comme ailleurs dans le monde, la réglementation des usages du cannabis a particulièrement évolué ces dix dernières années. La mission d'information parlementaire a examiné l'ensemble des problématiques de santé et de sécurité publiques, de développement économique ou encore d'aménagement du territoire. Ce rapport final couvre les trois types d'usages du cannabis et explore les enjeux qui touchent la filière du chanvre.

► **Loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification**

SAFON M. O.

**Paris : Irdes**

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-segur-visant-a-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance-et-la-simplification.pdf>

Le Ségur de la santé a été lancé le 25 mai 2020 par le premier ministre, Édouard Philippe et le ministre chargé de la santé, Olivier Véran, dans un contexte de crise récurrente au sein des hôpitaux et des Ehpad, aggravée par la gestion difficile de l'épidémie de la Covid-19. Il s'est conclu en juillet 2020 autour de 33 propositions. Par ailleurs, afin de faciliter la mise en œuvre de plusieurs mesures du Ségur de la santé, les députés de la majorité mené par la députée LREM Stéphanie Rist, ont déposé, le 21 octobre 2020, une proposition de loi de 15 articles. Cette loi a pour objectif de traduire les aspects non financiers du Ségur de la santé. La loi dite d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification est adoptée définitivement au Parlement le 14 avril 2021. Après un cadrage chronologique sur l'état d'avancement du pro-

jet de loi, l'objectif de cette synthèse est d'en analyser les principales dispositions et de proposer quelques éléments bibliographiques (rapports, articles...) ainsi que des ressources électroniques.

## Politique sociale

### Social Policy

#### ► Le logement adapté, un tremplin vers le logement ordinaire

CABANNES P. Y. ET CHAUVIN P. A.  
2021

**Les Dossiers de la Drees ; 81 Paris Drees.**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD81.pdf>

Fin 2016, 159 000 personnes étaient logées dans un logement dit « adapté ». Ce chiffre recouvre des réalités sociales et institutionnelles très différentes selon la catégorie de logement adapté concernée. Les foyers de jeunes travailleurs (FJT, 35 000 personnes) ont vocation à loger des jeunes actifs ou en voie d'insertion. Près de 80 % ont moins de 25 ans et deux tiers ont un emploi. Les foyers de travailleurs migrants (FTM, 38 000 personnes) et les résidences sociales qui sont

issues de la transformation d'anciens FTM (52 000 personnes) accueillent traditionnellement des hommes isolés issus de l'immigration, dont une part importante a vieilli dans ces établissements. Les personnes à la retraite représentent ainsi près du tiers des effectifs présents. Les écarts d'ancienneté relevés entre les différents types de logement adapté témoignent de ces différences : près de 50 % des résidents de FTM y vivent depuis cinq ans ou plus, tandis que seuls 1 % des habitants de FJT dépassent cette durée. Les résidences sociales créées ex nihilo (25 000 personnes) se caractérisent quant à elles par une plus grande mixité de peuplement et notamment par la présence d'un peu plus de familles. Environ trois quarts des adultes logés sont des hommes seuls sans enfant, près de la moitié est d'une nationalité hors de l'Union européenne [...].

## Prévention

### Prevention

#### ► Preventing Harmful Alcohol Use

OCDE  
2021

**Paris OCDE.**

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use\\_6e4b4ffb-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en)

One in three adults has engaged in binge drinking at least once in the previous month, and one in five teenagers has experienced drunkenness by age 15. Harmful patterns of alcohol consumption have far-reaching consequences for individuals, society and the economy. Using microsimulation modelling, this book anal-

yses the cost of alcohol consumption in 52 countries (including OECD, European Union and G20 countries), showing how alcohol-related diseases reduce life expectancy, increase health care costs, decrease workers' productivity and lower GDP. While recognising the importance of the alcohol industry in many countries, the report makes a strong economic case for enhancing policies to tackle harmful alcohol consumption.

► **Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé : analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient**

BALLE D.  
2019

**Icare - Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation.**

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02501538/document>

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) questionne les conditions d'apprentissage à réunir pour que les personnes malades chroniques puissent acquérir des savoirs et savoir-faire afin de prendre des décisions adaptées par rapport à la gestion de leur maladie. Dans un contexte français qui vise le développement de l'ETP, les professionnels de santé sont de plus en plus invités à analyser leurs pratiques en questionnant les savoirs en jeu, la posture du formateur ainsi que les effets potentiels des pratiques éducatives développées. En prenant appui sur les sciences de l'éducation et plus spécifiquement sur le concept d'intervention éducative comme construit théorique de la pratique, mais aussi sur les travaux relatifs aux pratiques enseignantes, cette recherche vise à caractériser l'activité formatrice en santé en l'étudiant selon deux angles complémentaires : 1- Ce qu'il se passe en contexte d'apprentissage (en observant les pratiques effectives des formateurs); 2- Ce qu'il advient des pratiques déclarées avant et après la situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP).

► **L'évaluation des politiques de prévention en santé publique**

JUANICO R. ET TAMARELLE-VERHAEGUE M.  
2021

**Paris Assemblée nationale.**

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400_rapport-information#)

Après une présentation des ravages de la sédentarité accentués par la crise du Covid et des bienfaits de l'activité physique, ce rapport réalisé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques présente 18 propositions pour améliorer la prévention en santé publique.

► **Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention**

METTEN M. A., BUYCK J. F., DAVID S., *et al.*  
2021

**Etudes Et Résultats (Drees). (1197).**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>

Début 2020, un médecin généraliste sur cinq déclare avoir contribué à l'organisation d'actions de prévention collective au cours des deux dernières années et près d'un praticien sur trois a déjà participé ou a l'intention de participer au dispositif Mois sans tabac. Les médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) participent plus souvent à ces dispositifs. Des messages et outils de prévention sont proposés dans la grande majorité des cabinets. Il s'agit essentiellement de flyers et de brochures, les auto-questionnaires pour faciliter les échanges avec les patients étant moins répandus et les messages vidéo encore rares. Trois médecins généralistes sur quatre connaissent au moins une des deux principales cotations de consultations complexes dédiées à la prévention. Les praticiens les plus jeunes et ceux impliqués dans des actions de prévention collective sont plus enclins à les utiliser. Près de la moitié des médecins généralistes considèrent que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a eu un effet positif sur leurs pratiques préventives, dans au moins un des trois domaines étudiés (vaccination antigrippale, dépistage des cancers gynécologiques et démarches d'intervention brève en addictologie).

**Covid**

► **Association entre le vaccin anti-covid 19 de Pfizer-BioNTech et les événements cardiovasculaires graves chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Étude de pharmaco-épidémiologie à partir des données du système national des données de santé (SNDS)**

JABAGII M. J., BOTTON J., BERTRAND M., *et al.*

2021

aris : ANSM.

<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/07/19/20210719-rapport-epiphare-vaccins-covid-19-75-ans.pdf>

Basée sur les données du SNDS (système national des données de santé) couplées à celles de la base VAC-SI (système d'information vaccin COVID), cette étude évalue l'association entre la vaccination par le vaccin de Pfizer-BioNTech et le risque à court terme d'hospitalisation pour l'un des quatre événements cardiovasculaires. Réalisée en vie réelle et conduite parmi l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus ayant été hospitalisées pour un événement cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ou embolie pulmonaire) en France au cours de la période des trois premiers mois de la campagne vaccinale, elle permet de mesurer les risques d'événements cardiovasculaires graves associés au vaccin de Pfizer-BioNTech (le premier introduit sur le marché et le plus utilisé en France) dans cette population âgée. Les résultats de ces analyses ne sont pas en faveur d'une association entre ce vaccin et la survenue d'événements cardiovasculaires graves dans les 14 jours suivant la vaccination. Ils suggèrent donc, de façon rassurante, que la vaccination ne semble pas être associée à une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires graves chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

► **Les aspects scientifiques et techniques de la lutte contre la pandémie de la Covid-19**

ELIAOU J. F., LESEUL G., LASSARADE F., *et al.*

2021

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r20-741/r20-7411.pdf>

L'objectif de ce rapport est de réaliser un bilan de la lutte menée contre la Covid-19 sous l'angle technolo-

gique. Il analyse la pharmacovigilance des vaccins, la vaccination chez la population mineure, l'intérêt de la levée des brevets, le suivi des variants du SARS-CoV-2, le dépistage en population asymptomatique, le syndrome du Covid long et la recherche de stratégies thérapeutiques contre la Covid-19.

► **Could Vaccine Dose Stretching Reduce COVID-19 Deaths?**

WIESEK W., AHUIA A., KREMER M., *et al.*

2021

NBER Working Paper Series ;29018. Cambridge NBER.

<https://www.nber.org/papers/29018>

We argue that alternative COVID-19 vaccine dosing regimens could potentially dramatically accelerate global COVID-19 vaccination and reduce mortality, and that the costs of testing these regimens are dwarfed by their potential benefits. We first use the high correlation between neutralizing antibody response and efficacy against disease (Khoury et. al. 2021) to show that half or even quarter doses of some vaccines generate immune responses associated with high vaccine efficacy. We then use an SEIR model to estimate that under these efficacy levels, doubling or quadrupling the rate of vaccination by using fractional doses would dramatically reduce infections and mortality. Since the correlation between immune response and efficacy may not be fully predictive of efficacy with fractional doses, we then use the SEIR model to show that fractional dosing would substantially reduce infections and mortality over a wide range of plausible efficacy levels. Further immunogenicity studies for a range of vaccine and dose combinations could deliver outcomes in weeks and could be conducted with a few hundred healthy volunteers. National regulatory authorities could also decide to test efficacy of fractional dosing in the context of vaccination campaigns based on existing immune response data, as some did for delayed second doses. If efficacy turned out to be high, the approach could be implemented broadly, while if it turned out to be low, downside risk could be limited by administering full doses to those who had received fractional doses. The SEIR model also suggests that delaying second vaccine doses will likely have substantial mortality benefits for multiple, but not all, vaccine-variant combinations, underscor-

ing the importance of ongoing surveillance. Finally, we find that for countries choosing between approved but lower efficacy vaccines available immediately and waiting for mRNA vaccines, using immediately available vaccines typically reduces mortality.

## Prévicion - Evaluation

### Prevision - Evaluation

► **Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le Fiva et l'Oniam**

DEBEAUPUIS J., FILLION S., GINTZ R., *et al.*

2021

Paris Igas ; Paris IGF.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article822>

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) interviennent tous deux dans le champ complexe et sensible de la politique publique de l'indemnisation des victimes. L'Igas et l'IGF ont été missionnées pour analyser les enjeux et modalités possibles d'un rapprochement de ces deux organismes. Malgré leurs différences en matière d'instruction des dossiers, de gouvernance et de financement, les deux organismes partagent une même mission d'indemnisation rapide et amiable des victimes. Les projets de mutualisation engagés dans le passé (systèmes d'information et agence comptable), sans vision d'ensemble, ont échoué. Après examen des différentes options possibles, la mission dessine une perspective de fusion entre égaux au sein d'un nouvel organisme unique, que la loi devra redéfinir. Son objectif est, à travers la poursuite d'une taille critique, d'améliorer la qualité du service rendu, de construire une politique publique d'indemnisation plus cohérente et lisible pour les victimes, et de renforcer les moyens d'action en facilitant notamment les recrutements de compétences clés dans le domaine juridique, de l'expertise médicale et des systèmes d'information.

► **What Do We Know From The Vast Literature On Efficiency And Productivity In Healthcare? A Systematic Review And Bibliometric Analysis**

SEE F. K., GROSSKOPF S., VALDMANIS V., *et al.*

2021

CEPA Working Paper; WP072021. Brisbane University of Queensland.

<https://ideas.repec.org/p/qld/uqcepa/161.html>

Not only does healthcare play a key role in a country's economy, but it is also one of the fastest-growing sectors for most countries, resulting in rising expenditures. In turn, efficiency and productivity analyses of the healthcare industry have attracted attention from a wide variety of interested parties, including academics, hospital administrators, and policy makers. As a result, a very large number of studies of efficiency and productivity in the healthcare industry have appeared over the past three decades in a variety of outlets. In this paper, we conduct a comprehensive and systematic review of these studies with the aid of modern machine learning methods for bibliometric analysis. This approach facilitated our identification and analysis and allowed us to reveal patterns and clusters in the data from 477 efficiency and productivity articles associated with the healthcare industry from 1983 to 2019, produced by nearly 1000 authors and published in a multitude of academic journals. Leveraging on such 'biblioanalytics', combined with our own understanding of the field, we then highlight the trends and possible future of efficiency and productivity studies in healthcare.



**Psychiatry****► Rapport d'activité 2020**

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ  
2021

**Paris CGLPL.**

[https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/06/RA2020\\_Dossier-de-presse-complet.pdf](https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/06/RA2020_Dossier-de-presse-complet.pdf)

Ce rapport d'activité s'ouvre sur l'analyse de deux événements majeurs de l'année 2020 : l'impact de la crise sanitaire sur les droits fondamentaux des personnes enfermées et l'intervention d'importantes décisions de justice relatives à la prison (conditions de détention) et à la psychiatrie (isolement et contention). Il se poursuit par la mise en perspective des avis, recommandations et rapports publics adressés par le contrôleur général au Gouvernement en 2020. Le CGLPL continue son travail de suivi de ses recommandations, générales ou formulées à l'issue des visites d'établissement, et présente les suites données par les pouvoirs publics à l'ensemble des recommandations exprimées en 2017. Un chapitre est également consacré à l'analyse des problématiques traitées dans le cadre des saisines adressées à l'institution. Sont ensuite développés le bilan de l'activité du CGLPL en 2020 ainsi que des données statistiques actualisées sur la privation de liberté en France. Enfin, des témoignages, écrits et photographiques, illustrent concrètement les développements.

**► Mental Health And Related Issues Statistics**

EUROSTAT  
2020

**Luxembourg : Eurostat**

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental\\_health\\_and\\_related\\_issues\\_statistics#Extent\\_of\\_depressive\\_disorders](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Extent_of_depressive_disorders)

This article presents an overview of European Union (EU) statistics related to mental and behavioural disorders, Alzheimer's disease (which is a disease of the nervous system) and intentional self-harm (which is an external cause of morbidity and mortality). It focuses on four aspects: deaths from mental and behavioural disorders, Alzheimer's disease and intentional self-harm; the extent of depressive disorders; healthcare

for mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease; and the availability of specialist healthcare resources (beds and personnel).

**► L'observatoire Place santé : la santé mentale en France**

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE  
2021

**Paris FNMF.**

<https://www.mutualite.fr/actualites/sante-mentale-la-mutualite-francaise-presente-son-observatoire-et-10-propositions/>

Alors que la crise sanitaire a fortement dégradé la santé mentale de la population, cet observatoire de la Mutualité française présente 10 propositions dédiés à ce sujet. Cette démarche s'intègre dans la perspective des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui ont été décalées à la rentrée. La FNMF recommande notamment une prise en charge pérenne des consultations de psychologues.

**► Bibliographie Santé mentale : Études publiées par les ORS depuis 2018**

FNORS  
2021

**Épitomé(1): 5.**

[https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2021/05/Epitome\\_1\\_Bibliographie\\_Fnors\\_Avril2021.pdf](https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2021/05/Epitome_1_Bibliographie_Fnors_Avril2021.pdf)

Ce fascicule de la revue de la Fnors « Épitomé » rassemble les travaux publiés par les Observatoire régionaux de la santé depuis 2018 sur la thématique de la santé mentale.

**► Santé mentale dans la première ligne : exemples internationaux**

FONDATION ROI BAUDOIN  
2021

**Bruxelles Fondation Roi Baudoin.**

[https://www.kbs-frb.be/fr/~/\\_media/Files/Bib/Publications/2021\\_PUB\\_3784\\_SM\\_1L\\_DEF.pdf](https://www.kbs-frb.be/fr/~/_media/Files/Bib/Publications/2021_PUB_3784_SM_1L_DEF.pdf)

La première ligne de soins constitue le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec les systèmes d'aide et de soins. Dans cette optique, la première ligne joue un rôle important dans la promotion de la santé, la prévention, la détection, les traitements et, plus largement, le maintien des personnes avec des problèmes psychiques dans la société. L'objectif de cette étude est de s'inspirer d'exemples internationaux pour améliorer la manière dont la première ligne peut collaborer avec les soins de santé mentale et les autres secteurs pour traiter les problèmes de santé mentale.

► **A New Benchmark For Mental Health Systems : Tackling The Social And Economic Costs Of Mental Ill-Health**

OCDE

2021

Paris OCDE.

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-new-benchmark-for-mental-health-systems\\_4ed890f6-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en)

Mental ill-health affects millions of people, and drives economic costs of more than 4% of GDP. A good mental health system helps people stay in good mental health, and connects those in need to appropriate support to manage their mental health condition or even fully recover from it. However, mental health care has long been neglected and under-funded, and unmet need for care is still high. The long-lasting COVID-19 crisis and the toll it is taking on mental health has made mental health systems more important than ever. This timely report provides an in-depth analysis of how well countries are delivering the policies and services that matter for mental health system performance. The report highlights recent reforms countries have taken to strengthen mental health performance, including by increasing access to mental health care, ensuring that service users take the lead in planning and even delivering services, and prioritising integration and mental health promotion. The report also identifies promising approaches countries should pursue to better meet their populations' mental health needs. This report sets up a framework for understanding mental health performance through internationally comparable indicators, an approach set to grow stronger still in the coming years as more data become available.

► **Les déterminants de la santé mentale : synthèse de la littérature scientifique**

PEREIA A., DUBATH C. ET TRABICHET A. M.

2021

Genève Minds.

<https://minds-ge.ch/2021/04/29/les-determinants-de-la-sante-mentale/>

Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé mentale, et pourquoi cette bonne santé peut-elle parfois se détériorer ? Pourquoi certaines personnes sont, temporairement ou de façon permanente, en mauvaise santé mentale ? En d'autres termes, d'où proviennent une bonne ou une mauvaise santé mentale ? C'est une interaction complexe de facteurs individuels et collectifs qui façonnent notre état psychologique et notre bien-être. Un état qui évolue et change tout au long de la vie. Ce document vise à synthétiser la littérature scientifique sur les facteurs déterminants de la santé mentale des personnes.

**Covid****► Women's Well-Being During A Pandemic And Its Containment**BAU N., KHANNA B., LAW C., *et al.*

2021

**NBER Working Paper Series ;29121. Cambridge NBER.**<https://www.nber.org/papers/29121>

The COVID-19 pandemic brought the dual crises of disease and the containment policies designed to mitigate it. Yet, there is little evidence on the impacts of these policies on women, who are likely to be especially vulnerable, in lower-income countries. We conduct a large phone survey and leverage India's geographically-varying containment policies to estimate the association between both the pandemic and its containment policies, and measures of women's well-being, including mental health and food security. On aggregate, the pandemic resulted in dramatic income losses, increases in food insecurity, and declines in female mental health. While potentially crucial to stem the spread of COVID-19 cases, we find that greater prevalence of containment policies is associated with increased food insecurity, particularly for women, and with reduced female mental health. Average containment levels are associated with a 39-40% increase in the likelihood of sadness, depression, and hopelessness among women and with an increase in the likelihood that women feel more worried by 45% of the variable mean. Particularly vulnerable groups of women, those with daughters and those living in female-headed households, experience larger declines in mental health

**► Mental Health Before And During The COVID-19 Pandemic: Mental Health Before And During The COVID-19 Pandemic: The Role Of Partnership And Parenthood Status In Growing Disparities Between Types Of Families**

HIEKEL N. ET KUHN M.

2021

**MPIDR Working Paper ; 2021-013. Rostock Max Planck Institute.**<http://d.repec.org/n?u=RePEc:dem:wpaper:wp-2021-013&r=&r=hea>

This study set out to investigate mental health inequalities by family type and gender during the COVID-19

pandemic in Germany. We analyzed three dimensions of mental health (i.e., self-reported stress, exhaustion, and loneliness) one year before the pandemic and in spring 2020. First, two-parent families emerge as a vulnerable group, as they experienced the largest increases in levels of stress and exhaustion, converging with those experienced by single parents. Second, a gender gap emerges during this global health crisis, with women, and particularly mothers, carrying the heaviest burdens, and having the greatest mental health declines. The findings presented here underline the empirical and substantive value of studying mental health inequality from a multidimensional perspective and over time. Based on these findings, we urge policy-makers to consider more seriously the disproportionate burdens that members of families, and women in particular, have been carrying due to the pandemic, both directly and indirectly

**► L'impact en santé mentale du premier confinement lié à la COVID-19 sur les enfants confiés auprès d'assistants familiaux**

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

2021

**Paris ONPE.**<https://www.oned.gouv.fr/actualite/limpact-en-sante-mentale-premier-confinement-lie-covid-19-sur-enfants-confies-aupres>

Quels sont les effets de ce premier confinement sur la santé mentale des enfants confiés à des assistants familiaux? Quelles sont les évolutions des enfants, semaine après semaine durant ce confinement? Comment interpréter les changements observés, positifs comme négatifs? Que peut nous enseigner cette crise sanitaire sur les besoins et vulnérabilités spécifiques des enfants placés? Cette recherche souhaitait apporter des pistes de réponses dans le quotidien de la prise en charge des assistants familiaux durant cette période.

► **Tackling The Mental Health Impact Of The COVID-19 Crisis: An Integrated, Whole-Of-Society Response**

OCDE

2021

**Paris OCDE.**

<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cfa0b>

The COVID-19 crisis has heightened the risk factors generally associated with poor mental health –financial insecurity, unemployment, fear –while protective factors –social connection, employment and educational engagement, access to physical exercise, daily routine, access to health services –fell dramatically. This has led to a significant and unprecedented worsening of population mental health. Across countries, the mental health of unemployed people and those experiencing financial insecurity was worse than that of the general population –a trend that pre-dates the pandemic, but seems to have accelerated in some cases. OECD countries have responded with decisive efforts to scale-up mental health services, and put into place measures to protect jobs and incomes, thereby reducing mental distress for some. However, the scale of mental distress since the start of the pandemic requires more integrated, whole-of-society mental health support if it is not to lead to permanent scarring. Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response.

► **COVID-19 And Mental Health Of Individuals With Different Personalities**

PROTO E. ET ZHANG A.

2021

**IZA Discussion Paper ; 14388. Bonn Iza.**

<http://ftp.iza.org/dp14388.pdf>

Several studies have been devoted to establishing the effects of the Covid-19 pandemic on mental health across gender, age and ethnicity. However, much less attention has been paid to the differential effect of lockdown according to different personalities. We do this using the UKHLS longitudinal dataset, representative of the UK population. The UKHLS dataset allows us to assess the mental health of the same respondent during the Covid-19 period and the year before based on their personality «Big Five» traits and cognitive skills. We find that during the Covid-19 period

individuals who have more Extrovert and Open personality report a higher mental health deterioration, while the ones scoring higher in Agreeableness are less affected. The effect of Openness is particularly strong: one more standard deviation predicts one more symptom on the GHQ12 test for about 1 respondent over 4. In female respondents, Cognitive Skills and Openness are particularly strong predictors of deterioration. Neuroticism seems to predict more mental health deterioration, as it is normal to expect, but this effect is not significant in the main specifications of the estimated model. The study's results are robust to the inclusion of potential confounding variables such as changes in: physical health, household income and job status (like unemployed or furloughed).

► **The Covid-19 Pandemic And Mental Health: Disentangling Crucial Channels**

SIFLINGER B., PAFFENHOLZ M., SEITZ S., *et al.*

2021

**ECONtribute Discussion Papers Series; 92. Bonn University of Koln.**

[https://www.econtribute.de/RePEc/ajk/ajkdps/ECONtribute\\_092\\_2021.pdf](https://www.econtribute.de/RePEc/ajk/ajkdps/ECONtribute_092_2021.pdf)

Since the start of the CoViD-19 pandemic, a major source of concern has been its effect on mental health. Using pre-pandemic information and five customized questionnaires in the Dutch LISS panel, we investigate how mental health in the working population has evolved along with the most prominent risk factors associated with the pandemic. Overall, mental health decreased sharply with the onset of the first lockdown but recovered fairly quickly. In December 2020, levels of mental health are comparable to those in November 2019. We show that perceived risk of infection, labor market uncertainty, and emotional loneliness are all associated with worsening mental health. Both the initial drop and subsequent recovery are larger for parents of children below the age of 12. Among parents, the patterns are particularly pronounced for fathers if they shoulder the bulk of additional care. Mothers' mental health takes a particularly steep hit if they work from home and their partner is designated to take care during the additional hours.

► **Improving Women's Mental Health During A Pandemic**

VLASSOPOULOS M., SIDDIQUE A., RAHMAN T., *et al.*  
2021

Munich Papers in Political Economy;11. Munich  
University of Munich.

<https://ideas.repec.org/p/a/w/wpaper/11.html>

In low-income settings, women are vulnerable to the psychological distress caused by the social and economic impact of epidemics and other large-scale shocks. This paper evaluates a randomized telecounseling intervention aimed at mitigating the mental health impact of COVID-19 on a sample of 2,402

women across 357 villages in Bangladesh. We find that the provision of mental support to participating women improves their mental health leading to reductions of 26% in the prevalence of moderate and severe stress and 60% in depression relative to women in the control group. We also find improvements in household food security and time invested in children. Finally, we examine the impact of the intervention on a range of other outcomes and attitudes: subjective well-being, preventive health behavior, and women's empowerment and find significant advances throughout. Our results suggest that this type of low-cost intervention can be effective in providing rapid psychological support to vulnerable groups in times of crises.

## Sociologie

## Sociology

► **Sociologie de l'argent**

BLIC D. D. ET LAZARUS J.  
2021

Paris : Editions La Découverte

L'argent est présent dans toutes les sphères de la vie moderne. Il conditionne l'accès aux biens matériels les plus essentiels et définit en grande partie les hiérarchies sociales. Cette nouvelle édition, largement remaniée, montre la place nouvelle qu'a prise l'argent dans les enjeux politiques et sociaux. La crise des subprimes de 2008 ainsi que l'accumulation massive d'argent par ceux que l'on nomme désormais les « ultrariches » ont récemment transformé notre regard sur l'argent. Sa centralité est plus que jamais l'objet d'interrogations collectives et de revendications. Comment l'argent est-il devenu une source tout à la fois d'aliénation et de libération ? Pourquoi fait-il l'objet de condamnations morales récurrentes ? Les comportements face à l'argent diffèrent-ils selon les groupes sociaux ? selon le genre ? Comment circule-t-il au sein de la famille ? Quelles sont les conséquences de sa dématérialisation ? Telles sont quelques-unes des questions auxquelles propose de répondre une approche sociologique de l'argent.

► **La médecine : un mode de production industriel**

GICQUEL J. P.  
2021

SL : Editions Prophylaxies

La médicalisation de la société décrite par Ivan Illich colonise toujours plus les corps et les esprits dans la fuite en avant. Un temps d'arrêt est nécessaire pour se poser des questions : cette médecine n'est-elle pas davantage définie par les assurances et l'industrie pharmaceutique que par elle-même ? Quel lien entretient-elle avec l'Assurance Maladie et pour quel usage ? Qu'entend-on par industrie quand le terme est appliqué à la médecine et à l'hôpital ? Pour comprendre « l'industrialité » de la médecine, l'auteur propose un outil qui décrit les lois tendanciennes de son mode de production. Le compte rendu est exhaustif. L'état des lieux n'avait pas été renouvelé depuis Nemesi médicale. (1975).

► **Consommer en France : Cinquante ans de travaux scientifiques au Crédoc**

LANGLOIS S.

2021

Paris Crédoc.

Les travaux du Crédoc sur la consommation présentent un double intérêt, à la fois sociographique et théorique. Ils constituent d'abord des archives immédiates sur le développement de la consommation marchande en France depuis les années 1950, car l'apport du Crédoc est important pour la sociographie et l'histoire de la société de consommation. Ainsi, le centre a participé à la réalisation d'enquêtes sur les budgets de familles en collaboration avec l'Insee dans les années 1950, puis il a développé ses propres enquêtes sur la consommation dans les décennies qui ont suivi, en particulier dans les années 1980 et 1990. Mais les travaux du Crédoc ne font pas que décrire la réalité en produisant des données sociales; ils ont aussi un grand intérêt théorique. Les recherches empiriques reposent sur des

éléments de problématique dont les contours ont été précisés peu à peu au fil des ans mais surtout, il s'en dégage des orientations théoriques qui amènent à penser différemment le phénomène de la consommation marchande en sciences sociales. Nous retiendrons de l'examen attentif de plusieurs centaines de publications du Crédoc que la consommation doit être comprise, interprétée et expliquée à partir des raisons des acteurs sociaux au sens large, ce qui inclut aussi bien les consommateurs eux-mêmes que les distributeurs, sans oublier les sociétés productrices. L'analyse par générations — rendue possible avec le cumul d'enquêtes transversales comparables — illustre fort bien la justesse de cette perspective, davantage fructueuse sur le plan de l'explication que certaines hypothèses à caractère holiste des années 1960. La formule « à nouveaux consommateurs, nouvelles stratégies industrielles » résume bien un changement de perspective dans la lecture du phénomène de la consommation que l'on doit en bonne partie aux recherches du Crédoc.....

## Covid

► **Covid-19 : une éthique sous tension**

GIL R.

2021

Bordeaux : LEH Éditions

La pandémie au Covid-19 a bouleversé le monde. La France a pris conscience d'une dépendance industrielle qu'elle avait organisée. Elle a dû anticiper et gérer des ressources hospitalières trop réduites pour des raisons d'efficacité. Des mesures sanitaires ont été prises à l'échelon gouvernemental pour limiter la contagion en réduisant les interactions sociales, donc les libertés publiques. Mais, même légitimes, ces mesures s'accompagnèrent de souffrances chez les personnes âgées ou handicapées confinées dans leurs institutions, les personnes âgées isolées, les jeunes dont les études furent bouleversées, les familles vivant dans des locaux exigus. Des métiers ont été durement éprouvés moralement ou financièrement en dépit des aides prodiguées par l'État. Et restent les controverses scientifiques médiatisées prenant à témoin des citoyens pantois. Les textes proposés dans cet ouvrage proviennent de billets éthiques courts, chacun se lisant en moins de dix minutes, écrits en suivant les pulsations de l'actualité de la pandémie, puisés dans l'animation d'un espace éthique régional, témoin et lieu de

convergence d'interrogations d'acteurs du système de santé et médico-social, de familles, de bénévoles associatifs, de citoyens mus par une « angoisse » éthique. Apparut alors de manière évidente la nécessité sociétale d'une éthique de proximité comme interface entre une éthique verticale, institutionnalisée et foisonnant de recommandations et de directives, à visée générale, et leur application sur le terrain face à des situations et des personnes singulières. Ce recueil du vécu quotidien dans la concrétude de souffrances ou de situations difficiles fut sans cesse confronté à l'actualité sociétale relayée par les médias comme, à chaque fois que nécessaire, aux publications scientifiques. Diffusés régulièrement depuis le mois de mars 2020, ces billets se sont inscrits en contrepoint éthique du déroulement de la vie tout au long de l'an I de la pandémie. Ils constituent aussi une manière de pénétrer et de s'appropriier le monde de la bioéthique qui n'a pas de vocation normative, qui n'est pas une instance de jugement des personnes, qui ne dispose d'aucun bras séculier mais qui accepte l'humilité et les incertitudes au service d'une seule cause : la personne humaine. La diversité des thèmes traités promeut une vision citoyenne de la bioéthique qui implique et dépasse le seul monde de la santé. À lire à la suite ou au gré de la table des matières ou de la consultation de l'index,

cet ouvrage souhaite aussi offrir une manière d'entrer dans la réflexion éthique et dans ses concepts pour interroger la conscience de chacun.

## Soins de santé primaire

### Primary Health Care

► **Centres de santé pluriprofessionnels :  
Leviers et bonnes pratiques  
organisationnelles en faveur de l'équilibre  
économique**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE  
2021

Paris Anap.

<https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2800>

À la demande du ministère des Solidarités et de la Santé (Direction générale de l'offre de soins), en concertation avec les représentants des centres de santé (organismes gestionnaires et professionnels de santé), des ARS et de la Cnam, l'Anap a identifié les leviers et les bonnes pratiques organisationnelles favorisant l'équilibre économique des centres de santé pluriprofessionnels. Les caractéristiques du territoire et des personnes prises en charge, les dynamiques de quartier, l'offre disponible vont moduler les projets de santé des centres de santé pluriprofessionnels. Au-delà de la définition légale, nous avons identifié 8 missions qui pourront être portées au sein du projet de santé : favoriser l'accessibilité, développer les prises en charge pluriprofessionnelles au sein du centre de santé, assurer la prise en charge en lien avec un système qualité, prendre en charge des personnes en situation de précarité, développer des solutions de second recours et de plateaux techniques, favoriser la fidélité d'une patientèle médecin traitant et participer aux actions d'enseignements, de recherche et d'innovation. La question de la réponse organisationnelle à chacune de ces missions est d'autant plus cruciale pour les gestionnaires des centres de santé pluriprofessionnels que leur financement n'est pas toujours assuré par les dispositifs de droit commun et que la nature des réponses dépend, notamment, du territoire. Selon les territoires, aux difficultés des personnes (évolution des maladies chroniques, comportements à risque, précarité...) s'ajoute une mise en œuvre organisationnelle complexe (difficulté de recrutement, problème

d'attractivité territoriale...). Dans ce contexte, la forte précarité des personnes accueillies peut nécessiter une réponse spécifique (accès aux droits, aide à la modification d'habitude de santé, prévention...), requérant tout à la fois des compétences peu disponibles dans le territoire et la recherche de financements complémentaires permettant de l'exercer en interne. Aussi, pour le gestionnaire, les collectivités territoriales, la Cnam, l'ARS, des choix devront être faits pour organiser la réponse à chaque mission tout en favorisant l'équilibre économique du centre. Cette publication propose aux gestionnaires des centres de santé ainsi qu'à leurs directeurs, aux ARS et aux Cnam des pistes d'amélioration (identifiées dans les monographies et utiles pour tous les centres de santé : éléments organisationnels qui ont une incidence sur l'équilibre économique), des exemples d'organisation pour chacune des missions et des outils de gestion de ressources humaines ou de pilotage.

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre  
des médecins sur l'état des lieux  
de la permanence des soins ambulatoires  
en médecine générale au 31 décembre  
2020**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS  
2021

Paris CNOM.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/analyses-etudes/lieux-pdsa-2020>

L'état des lieux s'appuie en grande partie sur les résultats du 18ème volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins ambulatoires en France en s'attachant à identifier les diverses organisations mises en place ainsi que les principales problématiques rencontrées. En réité-

rant l'enquête tous les ans, le CNOM entend identifier les grandes tendances touchant à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires dans le temps.

► **Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France**

CASSOU M., MOUSQUES J. ET FRANC C.  
2021

**Document de travail Irdes ; 84. Paris Irdes.**

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/084-revenu-et-activite-des-medecins-generalistes-impact-de-l-exercice-en-regroupement-pluriprofessionnel-en-france.pdf>

La France a d'abord expérimenté en 2009, puis généralisé, un paiement à la coordination au niveau de la structure pour promouvoir les regroupements pluriprofessionnels en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). L'exercice en équipe vise à améliorer à la fois l'efficacité de l'offre de soins ambulatoires et l'attractivité pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires médicalement défavorisés. Afin d'évaluer l'attractivité financière, et donc la pérennité des MSP, nous avons analysé l'évolution des revenus (revenus libéraux et salariés) des médecins généralistes (MG) exerçant en MSP par rapport à ceux des autres MG. Nous avons également étudié les impacts de l'exercice en MSP sur l'activité des MG, en termes de quantité de services médicaux fournis et de nombre de patients rencontrés. Nous avons tenu compte des biais de sélection en MSP en nous fondant, à partir de données de panel sur la période 2008-2014, sur un design quasi-expérimental associant : 1) la constitution d'un groupe de MG témoins afin d'équilibrer la répartition des médecins généralistes, à partir d'un appariement exact (coarsened exact matching, CEM); 2) des analyses paramétriques en type différence de différence avec effets fixes (individuels et temporels) pour tenir compte de l'hétérogénéité non observée. Nous montrons que les MG ayant choisi d'exercer dans une MSP au cours de la période ont vu leurs revenus augmenter de 2,5 % de plus que les autres MG; le nombre de patients rencontrés par les MG (88 de plus) a davantage augmenté sans entraîner une augmentation plus importante des actes fournis. Une analyse transversale complémentaire pour l'année 2014 a montré que ces changements n'avaient pas d'impact négatif sur la qualité au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Par conséquent, nos résultats suggèrent que les préférences en termes d'activité

et de revenu ne devraient pas constituer un obstacle au développement des MSP et que l'exercice en MSP pourrait améliorer l'accès des patients aux services de soins de premier recours.

► **Doing More With Less: Predicting Primary Care Provider Effectiveness**

CURRIE J. ET ZHANG J.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28929. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28929>

This paper uses data from 802,777 veterans assigned to 7,548 primary care providers (PCPs) within the Veterans Health Administration (VHA) to examine variations in the efficacy of primary care providers (PCPs), their consequences for health outcomes, and their determinants. Leveraging quasi-random assignment of veterans to PCPs, we measure PCP effectiveness along three dimensions: the probability their patients have subsequent hospitalizations or emergency department (ED) visits for mental health conditions, circulatory conditions, or a hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (ACSC). We find a significant range in these effectiveness measures across PCPs. For example, a one standard deviation improvement in our measure of mental health effectiveness predicts a 0.21 percentage point (3.8%) lower risk of patient death over the next three years and 4.4% lower total costs. We also find moderate correlations between the three metrics, indicating that doctors who are effective at treating one type of condition also tend to be more effective in treating others. Our strongest conclusion is that more effective PCPs do more with less: Their patients have fewer primary care visits, referrals to specialists, lab panels or imaging tests. Effective PCPs are slightly more likely to comply with guidelines for mental health screenings, and slightly less likely to comply with guidelines for physical health screenings, but these differences in screening propensities are negligible in magnitude.



► **Ophthalmologie : déserts médicaux et délais d'attente moyens. Résultats d'une enquête**

DEL BANO J. P.  
2021

Paris : **LeGuideSanté**

<https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/ophtalmologie-deserts-medicaux-delaiss-attente-moyens>

Les difficultés d'accès aux soins en ophtalmologie sont indéniables et sont la plupart du temps la conséquence de zones médicalement sous-dotées en ophtalmologues. Mais peut-on pour autant qualifier des territoires de vie-santé ou des bassins de vie de déserts médicaux en ophtalmologie? Le groupe Le Guide Santé, dont l'une des missions est de faciliter un accès aux soins pour tous, publie sur son site les résultats de son enquête annuelle sur l'accès aux soins en ophtalmologie. Près d'un tiers des ophtalmologistes refusent les nouveaux patients.

► **A Denial A Day Keeps The Doctor Away**

DUNN A., GOTTLIEB J. D., SHAPIRO A., *et al.*  
2021

**NBER Working Paper Series ;29010. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/29010>

Who bears the consequences of administrative problems in healthcare? We use data on repeated interactions between a large sample of U.S. physicians and many different insurers to document the complexity of healthcare billing, and estimate its economic costs for doctors and consequences for patients. Observing the back-and-forth sequences of claims' denials and resubmissions for past visits, we can estimate physicians' costs of haggling with insurers to collect payments. Combining these costs with the revenue never collected, we estimate that physicians lose 17% of Medicaid revenue to billing problems, compared with 5% for Medicare and 3% for commercial payers. Identifying off of physician movers and practices that span state boundaries, we find that physicians respond to billing problems by refusing to accept Medicaid patients in states with more severe billing hurdles. These hurdles are just as quantitatively important as payment rates for explaining variation in physicians' willingness to treat Medicaid patients. We conclude that administrative frictions have first-order costs for doctors, patients, and equality of access to healthcare.

► **Do National Health Guidelines Increase Coordination Level Among Physicians? An Experimental Investigation**

CASTRO M., F. ET ROMEO D.  
2021

**HEDG Working Paper ; 21/09. York University of York.**

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/2021/2109.pdf>

Coordination is the key to the success of any organization such as the healthcare sector, where higher level of coordination result in greater promptness and quality of care and lower mortality rates. In a framed field experiment, we assess the level of coordination among healthcare providers and monitor whether common practices are adopted in a metropolitan hospital in Italy, by using the Krupka-Weber norm elicitation task. Upon being provided with three clinical vignettes, physicians have been asked to evaluate the appropriateness of each of the possible actions to match the modal judgement. Afterwards, physicians may ask for information on the actions corresponding to national guidelines and eventually change decisions. Data show that the average frequency of coordination across the experiment is 52% and that coordination increases when physicians often exchange opinions and share positive feedbacks with colleagues. Only 23% of participants changed their appropriateness judgment, after realizing they were in contrast with guidelines. In addition, the presence of a leader in the ward facilitates coordination. Finally, the more physicians consult scientific sources, the more willing to accept guidelines suggestions have been. Since guidelines knowledge significantly increases the coordination between physicians, hospitals should implement effective programs to spread guidelines contents.

► **L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?**

ISAAC-SIBILLE C.  
2021

**Paris Assemblée Nationale.**

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4319\\_rapport-information.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4319_rapport-information.pdf)

La présente mission d'information émane d'une profonde volonté, partagée par l'ensemble des acteurs, de faire évoluer l'organisation du système de santé français, avec l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et

d'enrichir les missions et les carrières des professionnels paramédicaux. Cette volonté est aussi partagée sur de nombreux bancs de l'Assemblée nationale mais peine à se concrétiser. Récemment, les réflexions se sont concentrées sur l'opportunité ou non de créer une profession de santé intermédiaire pour apporter une réponse aux tensions portant sur la démographie médicale et aux besoins croissants en personnels médicaux hospitaliers.

► **Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients - Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale**

METTEN M. A., BUYCK J. F. ET METTEN M. A.  
2021

**Les dossiers de la Drees ; 80 Paris Drees.**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-medecins-generalistes-face-aux-conduites-addictives-de>

L'enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale qui s'est déroulée de décembre 2019 à mars 2020 était consacrée aux pratiques de prévention et de prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes libéraux. La quasi-totalité des praticiens déclarent procéder au repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis de leurs patients, a minima pour ceux qu'ils estiment à risque. Le repérage de conduites addictives est plus souvent mis en œuvre de manière systématique et régulière pour le tabagisme (66 %), que pour la consommation d'alcool à risque (43 %) ou celle de cannabis (24 %). La démarche de Repérage précoce et intervention brève (RPIB) sur ces trois consommations est utilisée par plus d'un praticien sur cinq, mais 67 % déclarent ne pas avoir connaissance de cette démarche. Face à des patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, le recours des praticiens aux analyses biologiques est quasi-systématique, mais l'utilisation de questionnaires ou échelles standardisés ne concerne que la moitié des médecins. Les praticiens se sont relativement bien appropriés les nouveaux repères de consommation d'alcool, puisque 61 % déclarent les connaître. Les recours des médecins généralistes aux structures spécialisées en addictologie sont fréquents : dans l'année, 91 % ont fait appel à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à un service hospitalier spécialisé, 63 % à

une consultation spécialisée de tabacologie et 26 % à une consultation jeunes consommateurs (CJC). Ces recours sont plus fréquents dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant d'usage problématique d'alcool : face à un patient présentant des signes de dépendance et souhaitant réduire sa consommation, deux tiers des médecins envisagent une prise en charge en liaison avec des structures spécialisées (environ 30 % le prennent en charge seuls et 5 % le réorientent vers un autre professionnel). Le sevrage tabagique apparaît plus volontiers être pris en charge sans l'appui de structures ou professionnels spécialisés : face à une patiente souhaitant arrêter de fumer, 60 à 81 % des médecins (proportion variable selon le contexte clinique, l'âge et le nombre de cigarettes fumées par jour) déclarent gérer seuls cette situation (16 à 37 % le font en lien avec une structure spécialisée et 3 à 6 % réorientent la patiente). L'enquête met également en évidence quelques particularités liées à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Près de la moitié des praticiens concernés déclarent disposer de professionnels référents de la prévention et de la prise en charge des addictions (dont notamment des psychologues) au sein de leur structure, et 19 % précisent qu'un CSAPA y intervient.

► **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée. Innovations dans cinq pays : le financement intégré des soins de maternité aux Pays-Bas**

MICHEL L. ET OR Z.

2021

**Paris Irdes.**

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/576-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-le-financement-integre-des-soins-de-maternite-aux-pays-bas.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des

études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

► **Évolution de la relation médecin généraliste-patient à l'heure de la médecine digitale**

ROUGE-BUGAT M. E. ET BERANGER J.  
2021

**Sève : Les Tribunes de La Santé(68): 105-113.**

Dans le développement constant des applications digitales de notre système de santé, nous assistons à une transformation progressive de la médecine qui se traduit par une évolution des rapports existants entre le médecin et le patient ainsi que par la modification du rôle de chacun. Inéluctablement, la numérisation du parcours de soins entraîne des répercussions multiples d'ordres informationnel, relationnel, organisationnel et éthique pour tous les acteurs de santé. Les conséquences de cette digitalisation sont d'autant plus marquantes lorsque nous les observons à travers la pluridisciplinarité, la transversalité, et les différentes étapes que constituent le réseau « ville-hôpital » du patient atteint de cancer. Dès lors cette médecine digitale comporte d'importants enjeux et risques éthiques autour de la protection, de la sécurité, de la pertinence et de la confidentialité des données numériques de santé. Elle suscite alors des interrogations associées à la responsabilité, au libre arbitre, à la garantie humaine, à l'exclusion et à la non discrimination de cette nouvelle relation tripartite « médecin-patient-digital ». Dans ces conditions, une charte éthique sur les engagements du médecin généraliste face à la digitalisation de son exercice médical apparaît essentielle, ainsi qu'une évolution de sa formation médicale (Résumé de l'auteur).

► **Les professions paramédicales : sociologie et délégations de soins**

SAFON M. O. ET SUHARD V.  
2020

**Paris : Irdes**

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est d'identifier de la littérature française et internationale sur les relations interprofessionnelles et les délégations de soins entre les professions médicales et paramédicales au sein des soins de santé primaires ou à l'hôpital. Concernant les professions médicales, les métiers ciblés sont les médecins et les pharmaciens. Au niveau des professions paramédicales, les métiers principalement retenus étaient ceux des infirmiers, des aides-soignants, des masseurs-kinésithérapeutes et des psychologues... Enfin la recherche a été élargie à certains travailleurs sociaux comme les assistants de service social.

► **Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la 'recertification' des professionnels de santé à ordre**

VINQUANT J. P. ET SANDEAU-GRUBER A. C.  
2021

**Paris Igas.**

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article820>

A la différence de pays comparables, la France ne dispose pas encore d'un dispositif organisé de validation de l'entretien régulier des compétences et des connaissances (appelée communément « recertification ») des professionnels de santé, pourtant essentielle pour assurer la meilleure qualité des pratiques. Suite à la « grande conférence de santé » de 2016, le Pr. Serge Uzan avait remis un rapport en 2018 proposant une démarche de recertification des médecins. Faisant suite à ses travaux, l'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a habilité le gouvernement à créer par ordonnance un tel dispositif non seulement pour les médecins mais aussi pour six autres professions : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues. Afin de préparer les ordonnances prévues par la loi d'ici à juillet 2021, l'Igas a été missionnée pour analyser, aux côtés de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), les options envisa-

geables pour le contenu et la conduite de la réforme. Sur la base de très nombreuses consultations, le rapport de la mission propose des modalités concrètes pour une démarche de recertification, qui doit remplir trois conditions : elle devra être bien acceptée par

les professionnels concernés (et les établissements employeurs); simple dans sa mise en œuvre concrète; et exigeante sur le fond afin d'offrir des garanties de qualité crédibles aux yeux des patients et de la société.

## Covid

### ► **Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale**

FOURNIER C., MICHEL L., MORIZE N., *et al.*  
2021

#### Questions d'Economie de La Santé (Irdes)(260)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19-annexe.pdf>

Ce premier volet de l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo2) concentre le regard sur les reconfigurations de l'organisation des soins primaires durant la première vague de l'épidémie (mars à juin 2020), au sein de six territoires de France hexagonale aux caractéristiques contrastées. Cette enquête sociologique qualitative

repose sur une étude de cas comparative, fondée sur une connaissance préalable des territoires investigués et sur des entretiens, menés entre mars et décembre 2020, auprès de membres d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires et de leurs partenaires dans la réponse à l'épidémie. La crise, en suspendant les routines de travail, agit comme un révélateur des territoires d'action des soins primaires faisant sens localement, qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels. Selon les contextes, l'épidémie suspend, active ou amplifie des coopérations pluriprofessionnelles et des coordinations intersectorielles préexistantes, plus qu'elle n'en crée de nouvelles. S'observent deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes. Dans cette première phase de l'épidémie, les dynamiques observées dépendent principalement de l'histoire des relations entre les acteurs sur les territoires, tandis que l'intensité de l'épidémie, la densité de l'offre de soins ou encore les caractéristiques socio-démographiques de la population ont des effets indirects et contrastés.

## Systeme de santé

## Health System

### ► **International Comparison Of Specialist Care Organization. Innovations In Five Countries: Integrated Funding For Maternity Care In The Netherlands**

MICHEL L. ET OR Z.  
2021

#### Paris IRDES.

<https://www.irdes.fr/english/reports/577-international-comparison-specialist-care-organisation-integrated-funding-for-maternity-care-in-the-netherlands.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée

à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des

études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre

les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

## Covid

### ► Sustainability And Resilience In The French Health System

OR Z. ET GANDRE C.  
2021

London London School of Economics and Political Science.

[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_PHSSR\\_France\\_Report.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_France_Report.pdf)

The challenges faced by health systems worldwide have been rising over time with the rapid increase in costly new medical treatments and the mounting prevalence of non-communicable diseases in an ageing population. The French healthcare system is not spared by these pressures. In addition, the COVID-19 pandemic has been testing its resilience to crises and increased the pressure on its long-term sustainability. This rapid review on French health system is part of the project developed by the Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) which is an international research collaboration which aims

to improve global health, by identifying issues and innovative solutions for strengthening health system resilience and sustainability worldwide (<https://www.weforum.org/phssr/about>). The report uses the COVID-19 pandemic as a critical event to evaluate the sustainability and resilience of the health system in France according to five key domains: health system governance, financing, health workforce, medicines and technology, service delivery. The report additionally includes two case-studies, as examples of areas where local healthcare teams have shown innovation for improving the health system sustainability and resilience, either through long-term quality and efficiency objectives or as a response to the COVID-19 pandemic. The report draws on recent data, health policy reports and official evaluations of the COVID-19 policy response of the French government. Case studies are based on interviews with healthcare professionals and patients involved in these initiatives, as well as desk research.

## Travail et santé

### Occupational Health

### ► Réussir le retour au travail après un arrêt maladie en cas de TMS

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL  
2021

Bilbao OSHA.

<https://osha.europa.eu/fr/publications/return-work-after-msd-related-sick-leave-context-psychosocial-risks-work/view>

Les troubles musculosquelettiques représentent en

effet l'un des problèmes de santé les plus fréquemment signalés dans le monde. Ils sont associés à des facteurs individuels et socio-démographiques et à des risques liés au travail, qu'ils soient physiques (biomécaniques), organisationnels ou psychosociaux. Exigences professionnelles élevées, faible niveau de soutien social de la part des supérieurs hiérarchiques ou des collègues, faible niveau de contrôle sur le travail, intensité de travail élevée, conflits entre vie professionnelle et vie privée, charge mentale importante, manque de pou-

voir décisionnel, manque de reconnaissance du travail accompli, manque de relations interpersonnelles au travail ou de soutien social, discrimination, harcèlement et brimades... Autant de facteurs qui peuvent provoquer des réactions de stress chez les travailleurs et donc entraîner des dommages psychologiques et physiques. Cette étude analyse l'effet des risques psychosociaux (RPS) lors du retour au travail d'un salarié après un arrêt de travail en cas de troubles musculo-squelettiques (TMS). Elle définit notamment les bonnes pratiques pour un retour réussi, exemples à l'appui. Elle cite aussi les aspects pertinents pour garantir un retour au travail réussi pour les travailleurs souffrant de TMS. Un premier tableau s'adresse aux entreprises et mentionne : la politique de santé ; une culture favorisant la santé et une bonne communication ; des mesures incitatives ; sensibiliser ; le soutien social... Un second tableau se concentre sur les aspects pertinents pour les travailleurs : droits et devoirs en matière de gestion de la santé-sécurité au travail ; l'autogestion des problèmes de santé ; la confiance et la volonté de parler ; une attitude positive à l'égard du retour au travail et des changements qu'il implique ; une participation active...

► **Organisational Changes And Long-Term Sickness Absence And Injury Leave: A Difference In Difference Approach**

BEN HALIMA M., GREENAN N. ET LANFRANCHI J.

2021

**TEPP Working Paper ; 2021-5. Paris Tepp.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:hal-03243494&r=&r=hea>

The article evaluates the impact of organisational changes on long-term sickness absence. We use a unique dataset matching a company level survey on computerisation and organisational changes with an administrative file allowing to follow up health issues in the working population. We implement a difference in difference approach using two time windows: a three years' time period after changes have occurred and another one during the implementation of changes. Guided by the perspective that organisations change through the implementation of new tools and practices, we consider Information and Communication Technologies (ICTs) on one hand and management tools on the other. This allows to identify three treatments according to the sets of tools implemented by companies: ICT changes only, management changes only, both ICT and management changes. We find

the following core result: changes in the management dimension alone reduce long-term sickness absences when joint changes in ICT and management tools increase occupational risks. There are however gendered differences in the timing and strength of impacts as women are mainly impacted during the period when changes are implemented and impacts are stronger while men are impacted afterwards. Also, older employees seem protected against the serious health consequences of any form of changes. These results point to the need to better understand the process of organisational change (its complexity, intensity, dynamics), the gendered construction of health behaviours as well as that of technology and management tools uses in devising occupational safety and health policies targeted at evolving work environments.

► **The Health Externalities Of Downsizing**

AHAMMER A., GRUBL D. ET WINTER-EBMER R.

2021

**Cinch Series ; #2021/02. Essen CINCH - Health Economics Research Center.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:aj:tcinch:74533&r=&r=hea>

We show that downsizing has substantial externalities on the health of workers who remain in the firm. To this end, we study mass layoff (ML) survivors in Austria, using workers who survive a ML themselves, but a few years in the future, as a control group. Based on high-quality administrative data, we find evidence that downsizing has persistent effects on mental and physical health, and that these effects can be explained by workers fearing for their own jobs. We also show that health externalities due to downsizing imply non-negligible cost for firms, and that wage cuts may have similar effects.

► **Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé ?**

BEQUE M.

2021

**Dares Analyses(027)**

Six actifs occupés sur dix signalent être exposés à des conflits de valeurs dans leur travail. Cinq situations d'exposition peuvent être identifiées. La plus fréquente concerne deux actifs occupés sur dix, qui vivent des conflits éthiques car ils doivent faire des choses qu'ils désapprouvent, même si par ailleurs ils ont les moyens de bien faire leur travail. Les autres situations touchent

chacune un actif occupé sur dix. Certains doivent faire un travail qu'ils jugent en grande partie inutile, ce à quoi s'ajoute, pour d'autres, l'absence de fierté du travail bien fait. D'autres encore estiment manquer de moyens pour bien faire leur travail mais se sentent malgré tout fiers du résultat. Le dernier cas concerne les personnes qui cumulent la plupart des conflits de valeur. Les salariés les plus exposés aux conflits de valeurs et à leur cumul déclarent plus fréquemment une santé physique et mentale dégradée.

### ► **Career Effects Of Mental Health**

BIASI B., DAHL M. S. ET MOSER P.  
2021

**NBER Working Paper ; 29031. Cambridge NBER.**  
<https://www.nber.org/papers/29031>

This paper investigates the career effects of mental health, focusing on depression, schizophrenia, and bipolar disorder (BD). Individual-level registry data from Denmark show that these disorders carry large earnings penalties, ranging from 34 percent for depression and 38 percent for BD to 74 percent for schizophrenia. To investigate the causal effects of mental health on a person's career, we exploit the approval of lithium as a maintenance treatment for BD in 1976. Baseline estimates compare career outcomes for people with and without access in their 20s, the typical age of onset for BD. These estimates show that access to treatment eliminates one third of the earnings penalty associated with BD and greatly reduces the risks of low or no earnings. Importantly, access to treatment closes more than half of the disability risk associated with BD.

### ► **Présentisme pour maladie : une conséquence de l'organisation du travail ?**

HAMON-CHOLET S. ET LANFRANCHI J.  
2021

**Connaissance de l'emploi : 70. Paris CEET**  
<https://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/presentisme-pour-maladie-une-consquence-de-l-organisation-du-travail--1259588.kjsp>

Le présentisme au travail lié à la maladie, à savoir venir travailler en étant malade, est un phénomène moins facile à appréhender que l'absentéisme parce qu'il est souvent moins visible et quantifiable. Les enquêtes françaises Conditions de Travail, sur lesquelles s'appuie ce numéro de Connaissance de l'emploi, permettent non

seulement d'en donner une première mesure en population générale mais aussi d'en évaluer les principaux déterminants socio-démographiques ou organisationnels. En 2016, venir travailler en étant malade concerne un peu plus de deux salariés sur cinq, et le phénomène est en hausse depuis 2013. Il apparaît que ce sont d'abord des caractéristiques de l'organisation du travail qui en sont à l'origine, plutôt que les caractéristiques individuelles des salariés. Et enfin que ce comportement n'est pas sans lien avec le vécu au travail ou la santé perçue. Le risque social induit par le présentisme, renforcé dans un contexte de crise sanitaire, ainsi que les coûts humains et financiers, directs comme indirects, engendrés en font un véritable enjeu de santé publique. C'est pourquoi la question de la lutte contre le présentisme devrait devenir centrale au même titre que celle de l'absentéisme dans les politiques d'amélioration des conditions et de l'organisation du travail.

### ► **How Do Job Conditions Amplify The Impacts Of Mental Health Shocks?**

JUNG D., WON KWAK W. D. ET TANG K. K.  
2021

**Discussion Paper No. 647. Brisbane University of Queensland.**  
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:qld:uq2004:647&r=&r=lab>

Although there is a large literature on the direct effects of job conditions such as unemployment or job insecurity on mental health, little is known about how the job conditions of individuals may amplify the impact of mental health shocks originated from sources unrelated to the labour market. This paper aims to fill this gap. Using the panel data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) survey, we first establish that negative life events unrelated to the labour market have significant adverse impact on individuals' mental health, and then demonstrate that both job insecurity and job stress exacerbate the impact. We also find gender heterogeneity in the results that job insecurity and job stress affect mostly female workers.

### ► **Plan santé au travail 3 2016-2020. Bilan**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL  
2021

**Paris Ministère chargé du travail.**  
<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-gouvernementaux-sante-au-travail/article/plans-sante-au-travail-pst>

Fruit d'une co-construction entre organisations syndicales et patronales, organismes de sécurité sociale, acteurs de la prévention professionnelle et administrations de l'Etat, le Plan santé au travail (PST) 2016-2020 avait fixé 10 objectifs opérationnels organisés autour de trois axes : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention (à rebours d'une approche longtems centrée sur la réparation), améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale des entreprises (pour répondre aux enjeux de santé publique mais aussi de maintien dans l'emploi d'une population active vieillissante et davantage touchée par les maladies chroniques évolutives); renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME. Elaboré collectivement, le bilan du PST 3 s'attache à souligner pour chacun des objectifs du plan les enjeux, avancées obtenues mais aussi les progrès qui restent à accomplir. La réflexion intègre les problématiques soulevées par les crises survenues au cours de la période comme les épisodes caniculaires ou la pandémie de la Covid-19. Le bilan du plan santé au travail 2016-2020 va nourrir la réflexion sur le 4<sup>e</sup> plan santé au travail qui couvrira la période 2021-2025 et dont l'élaboration a commencé.

► **Does Pain Lead To Job Loss? A Panel Study For Germany**

PIPER A., BLANCHFLOWER D. G. ET BRYSON A.  
2021

**NBER Working Paper Series ;28863. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w28863>

The cross-sectional association between pain and unemployment is well-established. But the absence of panel data containing data on pain and labor market status has meant less is known about the direction of any causal linkage. Those longitudinal studies that do examine the link between pain and subsequent labor market transitions suggest results are sensitive to the measurement of pain and model specification. We contribute to this literature using large-scale panel data from the German Socio-Economic Panel (GSOEP) for the period 2002 to 2018. We show that pain leads to job loss. Workers suffering pain are more likely than others to leave their job for unemployment or economic inactivity. This probability rises with the frequency of the pain suffered in the previous month. The effect persists having accounted for fixed unobserved differences across workers, is apparent among those who otherwise report good general health and is robust to the inclusion of controls for mental health, life satisfaction and the employee's occupation.

## Covid

► **Covid-19 : quelles conséquences sur les conditions de travail et les risques psychosociaux ?**

BEATRIZ M., BEQUE M., COUTROT T., *et al.*  
2021

**Dares Analyses(028)**

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quelles-sequences-de-la-crise-sanitaire-sur-les-conditions-de-travail-et-les-risques>

Début 2021, pour la moitié des personnes en emploi, les conditions de travail ont peu changé par rapport à l'avant-crise sanitaire. Pour une minorité, elles se sont même légèrement améliorées. Pour une personne en emploi sur trois, le travail s'est en revanche fortement intensifié, même si cette intensification s'est accompagnée d'une adaptation des objectifs, d'un recours accru aux outils numériques, d'un collectif de travail renforcé et du sentiment d'un travail qui a du sens.

Enfin, pour une personne en emploi sur dix, les conditions de travail se sont fortement dégradées, du fait d'une intensification du travail combinée à un manque de moyens pour effectuer correctement son travail et à un affaiblissement du collectif.

► **Quels sont l'ampleur et les facteurs de la contamination des travailleurs au Covid-19 ?**

COUTROT T., BEATRIZ M., BEQUE M., *et al.*  
2021

**Dares Analyses(029):**

Début 2021, 18 % des travailleurs indiquent avoir été contaminés par le Covid-19 depuis le début de la crise sanitaire et 28 % d'entre eux pensent l'avoir été dans le cadre de leur travail. La contamination liée au travail est plus fréquente en cas de contacts avec d'autres



personnes, y compris durant les trajets en transport. Elle est également associée à certaines conditions de travail qui semblent rendre plus difficile le respect des gestes barrière, comme une intensité élevée du travail, un environnement professionnel bruyant, un manque

► **The Impact Of Covid-19 On Older Workers' Employment And Social Security Spillovers**

GODA G. S., JACKSON E., HERSCH, *et al.*

2021

**NBER Working Paper ; 290863. Cambridge NBER.**

<https://www.nber.org/papers/w29083>

The COVID-19 pandemic and associated mitigation strategies exacted a large economic toll on large portions of the United States population. For older and disabled workers, the effects could be more persistent and fiscally costly than the impacts experienced by young, healthy workers due to the spillovers onto Social Security. We use Current Population Survey, Social Security administrative data on applications for retirement and disability benefits, and Google Trends data to assess the impact of COVID-19 on older adults age 50-70. We find that employment for this group dropped substantially more than would have been predicted prior to the pandemic: employment for 50-61 year olds was 5.7 pp (8.3 percent) lower, while employment for 62-70- year- olds was 3.9 pp (10.7 percent) lower. For people aged 50-61, unemployment and labor force exits due to reasons other than disability and retirement represented 63 and 30 percent of the employment decline, respectively. For those aged 62-70, the two largest components of the reduction were unemployment (50 percent) and retirement-driven labor force exits (30 percent). We find evidence of declines in reporting a labor force exit due to disability (4-5 percent), applications for disability insurance (15 percent), and Google search intensity for disability (7percent). Retirement benefit claiming remains largely unchanged overall, though we find evidence that applicants substituted towards filing for benefits via the internet. We explore potential mechanisms and find evidence for both supply- and demand-side explanations.

► **The Effects Of The COVID-19 Pandemic On The Mental Health And Subjective Well- Being Of Workers: An Event Study Based On High-Frequency Panel Data**

SCHMIDTKE J., HETSCHKO C., SCHOB R., *et al.*

2021

**IZA Discussion Paper ; 14638. Bonn Iza.**

<http://ftp.iza.org/dp14638.pdf>

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

► **Help Wanted: How To Address Labour Shortages In Healthcare And Improve Patient Access**

WYONCH R.

2021

**Toronto CD Howe Institute.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3820955&dgcid=ejournal\\_html\\_email\\_demand:supply:in:health:economics:ejournal\\_abstractlink](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3820955&dgcid=ejournal_html_email_demand:supply:in:health:economics:ejournal_abstractlink)

To address a pandemic, preserving and maintaining the healthcare system's capacity is critical. This Commentary evaluates factors contributing to healthcare labour shortages and investigates the inter-relationships between access to health services, the number of healthcare providers, compensation rates and migration patterns. Addressing healthcare access challenges likely requires increasing the number of healthcare providers and also addressing inefficiencies in the combination of inputs – the mix of providers, facilities, tools and equipment. Overall, the results suggest

a critical and strategic examination of fee schedules for physician services, with the goal of reducing the average cost per service but strategically increasing remuneration for difficult-to-access services. Nurses and other care providers can increase the efficiency of healthcare delivery through expanding scopes of practice or filling gaps when there is a shortage of family or specialist physicians. However, there are, as well, shortages of nurses and other healthcare providers. Another example of increasing the efficiency of healthcare services is the shift toward team-based care. A critical feature of both expanding scopes of practice and team-based care is effective communication and knowledge transfer between supervising specialists

and care providers. The time and costs associated with training new physicians make it infeasible to address labour shortages arising from a crisis or an unexpected population need simply through training more of the needed physicians. However, shifting methods and modes of care delivery, or adapting scopes of practice, are tools to address short-term healthcare labour supply gaps. Over the longer term, increasing the efficiency and supply of healthcare labour will require adapting medical education policies, remuneration and entry pathways to practising medical professions, as well as continuing to modernize care delivery methods, coordination and health data accessibility.

## Vieillesse

### Ageing

#### ► Evolutions et perspectives des retraites en France : Rapport annuel du Cor

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
2021

Paris COR.

[https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2021-06/Rapport\\_en\\_ligne\\_V2.pdf](https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2021-06/Rapport_en_ligne_V2.pdf)

Ce huitième rapport annuel dresse un constat des évolutions du système français des retraites au regard des objectifs qui lui sont assignés et en présente les projections à l'horizon 2070 compte tenu de ces hypothèses économiques, démographiques et réglementaires. « Malgré le contexte de la crise sanitaire et le vieillissement progressif de la population française, les évolutions de la part des dépenses de retraite dans le PIB resteraient sur une trajectoire maîtrisée à l'horizon de la projection, c'est-à-dire jusqu'en 2070 selon le Conseil d'orientation des retraites.

#### ► Prise en compte de l'espérance de vie dans les modèles de simulation des régimes (2ème volet)

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
2021

Paris : COR

<https://www.cor-retraites.fr/node/565>

L'espérance de vie est une donnée essentielle pour anticiper les dépenses futures du système de retraite et pour comparer la durée de retraite des générations successives. De nombreux travaux mettent en évidence des disparités importantes d'espérance de vie selon la catégorie socioprofessionnelle des individus. Ce constat a conduit un certain nombre de régimes de retraite à élaborer des tables de mortalité spécifiques qui reflètent au mieux les caractéristiques de leur population d'assurés. Cette séance vise à mieux cerner comment les régimes intègrent cette mortalité différentielle dans leurs modèles de simulation et à vérifier qu'elle ne conduit pas au global à s'éloigner significativement des hypothèses démographiques projetées par l'Insee.

#### ► Politiques de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagements du territoire

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

2021

Paris HCFEA.

<https://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique30>

L'amélioration des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées ne peut plus faire l'économie d'une conception plus articulée aux politiques de

l'habitat. Ceci est posé depuis la loi ASV mais beaucoup reste à construire, surtout dans le cadre d'un « virage domiciliaire » attendu. Le premier tome de cette étude établit un état des lieux sur les mobilités résidentielles des personnes âgées et identifie le besoin de mieux étayer les exercices de planification/programmation des collectivités locales en matière d'habitat pour répondre aux enjeux du vieillissement. Le deuxième tome émet 10 propositions selon 3 axes pour répondre aux besoins futurs : l'accompagnement des EPCI (Établissements publics de coopération intercommunales) et des communes pour mieux intégrer l'évolution des besoins d'habitats liés au vieillissement dans leur stratégie résidentielle; le rôle des départements pour développer un volet spatial de connaissances des travailleurs du care pour favoriser une offre de services cohérente avec le PLH (Programme local de l'habitat); Étude de la mise en place d'aides à la mobilité résidentielle pour compléter le volet de l'aménagement des logements individuels

► **Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap : résultats de l'enquête pilote**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2021

**Saint-Denis Has.**

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3276811/fr/recueil-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-personnes-en-ehpad-et-en-structures-du-handicap-resultats-de-l-enquete-pilote](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276811/fr/recueil-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-personnes-en-ehpad-et-en-structures-du-handicap-resultats-de-l-enquete-pilote)

En 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé et le secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées ont missionné la Has pour déployer une enquête en vue de recueillir l'expérience et la satisfaction des personnes âgées résidant en EHPAD et des personnes en situation de handicap faisant l'objet d'un accompagnement par un établissement ou un service. La démarche est centrée sur le recueil du point de vue des personnes directement concernées. Une enquête pilote a été mise en place afin de résoudre les questions méthodologiques, liées au recueil du point de vue des personnes directement concernées, dont certaines présentent des troubles cognitifs ou des troubles de la communication. L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité et les conditions de déploiement national d'une enquête visant à mesurer la satisfaction des personnes accompagnées. Ce rapport présente les résultats concernant : La méthodologie et le déroulement de l'enquête pilote, les enseignements sur chaque mode de passation du questionnaire : internet, téléphone, face à face. Ce rap-

port présente les résultats concernant : La méthodologie et le déroulement de l'enquête pilote

► **Retired At Last? Past Working Conditions And The Role Of Retirement In Health Status**

BARNAY T. ET DEFEVBRE E.

2021

**hal-03238458**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:cesptp:hal-03238458&r=&r=age>

This paper assesses the role played by retirement in health status by considering past working conditions. Using data from the French Health and Professional Path survey, we address the endogeneity biases resulting from retirement by setting up an instrumental variable method that relies on retirement age thresholds as sources of exogeneity. A matching method tackles the endogenous selection through classification into certain types and amplitudes of exposure to work strains. We find that retirement per se has positive effects on the general and mental health of less exposed individuals while yielding considerably greater improvements overall for workers retiring from highly demanding careers. The effect of retirement for low-skilled men exposed to average physical strains on their probability to declare poor self-assessed health amounts to -21.7. These results advocate the need for preventive measures aimed towards exposures to work strains and/or differentiated retirement schemes according to the nature and intensity of a pensioner's entire work life.

► **Flexible Insurance For Informal Long-Term Care: A Study Of Stated Preferences**

BATEMAN H., WU S., THORP S., *et al.*

2021

**Sydney Cepar.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3873660](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3873660)

We collect and analyze stated preferences for long-term care insurance that pays income in poor health states instead of reimbursing formal care costs. Around 75% of the sample of 1008 pre-retirees chose to purchase at least some long-term care income insurance from a menu that also included liquid wealth and a life annuity. Our results show that long term care income insurance is complementary to informal care

and is attractive to seniors who plan to rely on family members for extensive care. Those who have access to extensive informal care demand 25-37% more health-contingent income per year than those who do not. Females who expect to rely exclusively on extensive care from family members are willing to buy more cover than males. We also find that if long-term care income insurance were available, many healthier seniors would release funds set aside to self-insure long-term care risk and purchase additional longevity insurance.

► **Does Informal Care Delay Nursing Home Entry? Evidence From Dutch Linked Survey And Administrative Data**

BERGEOT J. ET TENAND M.

2021

**Document de travail (Docweb) ; 2105. Paris Cepremap.**

<http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb2105.pdf>

Nous examinons si le fait de recevoir une aide informelle affecte de manière causale la probabilité de rentrer en maison de retraite. La littérature conclut généralement que recevoir une aide informelle permet de réduire le risque d'admission, mais ces études proviennent uniquement des États-Unis où les séjours en maison de retraite sont souvent temporaires. En exploitant des données d'enquête appariées à des données administratives sur les personnes âgées de plus de 65 ans aux Pays-Bas, nous utilisons la proportion de filles parmi les enfants comme prédicteur, a priori exogène, du fait de recevoir une aide informelle. Nos résultats suggèrent que les admissions en maison de retraite sur une période de trois ans sont réduites par le recours à une aide informelle pour les personnes ayant des limitations légères, alors qu'elles s'en trouvent accrues pour les personnes ayant des limitations sévères. Pour ces dernières, bien que l'aide informelle augmente le coût des soins consommés, elle entraîne également une diminution de l'utilisation des soins de réhabilitation et de la mortalité. Par conséquent, les décideurs publics ne devraient pas s'attendre à ce que promouvoir le soutien informel entraîne systématiquement une baisse du taux d'institutionnalisation et des coûts des soins. Pour autant, l'aide informelle peut tout de même s'avérer bénéfique : une admission en temps voulu peut s'accompagner d'avantages en termes de bien-être et de survie qui peuvent dépasser les coûts supplémentaires qui l'accompagnent.

► **The Effect Of Involuntary Retirement On Healthcare Use And Health Status**

BIRO A., BRANVICZKI R., ELEK P., *et al.*

2021

**Cers Working Papers : 2021/22. Budapest Institute of Economics, Centre for Economic and Regional Studies.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:has:discpr:2122&r=&r=age>

We analyse the causal effect of involuntary retirement on detailed indicators of healthcare use and health status. Our identification strategy is based on a pension reform in Hungary which forced public sector workers above the statutory retirement age to full time retirement. Using rich administrative data, we find that on the three-year horizon, involuntary retirement decreases the number of primary care doctor visits, the consumption of anti-infectives for systemic use and drugs of the respiratory system, and the non-zero spending on anti-infectives, the drugs of the alimentary tract and metabolism and of the cardiovascular system. We also find that the impact on the latter two drug categories is driven by the drop in income due to involuntary retirement. The effects of involuntary retirement are comparable to the short-run effects of voluntary retirement, identified from a change in the statutory retirement age. We conclude that there is little evidence for health deteriorating effects of involuntary retirement and provide explanations for the possible mechanisms behind our results.

► **L'Ehpad du futur commence aujourd'hui**

BROUSSY L., GUEDJ J. ET KUHN-LAFONT A.

2021

**Paris Matières Grises.**

[https://matieres-grises.fr/nos\\_publication/lepad-du-futur-commence-aujourd'hui/](https://matieres-grises.fr/nos_publication/lepad-du-futur-commence-aujourd'hui/)

Alimentée des auditions d'une centaine d'experts du secteur et de plus de 150 contributions venant de directeurs d'établissements et d'acteurs de la société civile, l'étude se décompose en trois axes : Comment imaginer la relation établissement- personnes âgées à l'horizon 2030? Comment repenser l'architecture et les espaces? Comment imaginer un Ehpad plateforme?

► **Retirement And Health Outcomes In A Meta-Analytical Framework**

FILOMENA M. ET PICCHIO M.  
2021

[IZA Discussion Paper ; 14602. Bonn Iza.](http://ftp.iza.org/dp14602.pdf)  
<http://ftp.iza.org/dp14602.pdf>

This paper presents a meta-analysis on the effects of retirement on health. We select academic papers published between 2000 and 2021 studying the impact of retirement on physical and mental health, self-assessed general health, healthcare utilization and mortality. Among 275 observations from 85 articles, 28% (13%) find positive (negative) effects of retirement on health outcomes. Almost 60% of the observations do not provide statistically significant findings. Using meta-regression analysis, we checked for the presence of publication bias after distinguishing among different journal subject areas and, once correcting for it, we find that the average effect of retirement on health outcomes is small and barely significant. We apply model averaging techniques to explore possible sources of heterogeneity and our results suggest that the different estimated effects can be explained by the differences in both health measurements and retirement schemes.

► **Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ?**

FONTAINE R., GRAMAIN A., WITTEWER J., *et al.*  
2021

[In: \[Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis\]. Paris : Éditions Eska: 105-125.](#)

Quels que soient les arbitrages rendus par les pouvoirs publics, le débat sur les sources de financement de la perte d'autonomie laisse aujourd'hui sans réponse la question toute aussi essentielle des principes de solidarité devant s'appliquer dans l'allocation des ressources publiques entre personnes âgées dépendantes, que ce soit au regard de leur niveau de dépendance, des types de besoins à couvrir, de leur lieu de résidence, de leurs ressources matérielles, de l'aide familiale mobilisable ou effectivement mobilisée, etc. Cette contribution analyse les principes de solidarités publiques aujourd'hui mis en œuvre et discute de leurs évolutions dans le cadre de la nouvelle branche autonomie.

► **Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie**

JEANDEL C. ET GUERIN O.  
2021

[Paris ministère chargé de la santé.](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_jeandel-guerin.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf)

Les 25 recommandations de ce rapport visent à favoriser une prise en charge plus personnalisée et plus sécurisante au sein des établissements accueillant des personnes en perte d'autonomie. L'objectif à terme est que l'accompagnement tienne davantage compte des états pathologiques et des profils de soins nécessaires aux résidents. Pour le Professeur Claude Jeandel, ces recommandations visent ainsi à « assurer la pérennité du modèle d'hébergement collectif, afin que celui-ci reste un lieu de vie ». Le rapport se distingue en donnant une photographie précise du profil pathologique des résidents des EHPAD et des USLD (Unités de soins de longue durée), grâce à une enquête ad hoc. Il recommande de ce fait un rapprochement entre ces deux types de structures. Il plaide par ailleurs pour une plus grande mutualisation entre EHPAD, au sein de groupements territoriaux.

► **Comparison Of The Japanese And German Nursing-Home Sectors: Implications Of Demographic And Policy Differences**

KARMANN A. ET SUGAWARA S.  
2021

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3814576](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3814576)

This research provides a comparative study of the Japanese and German nursing-home sectors. Facing aging populations, both countries share similar long-term care policies based on social insurance. However, descriptive statistics indicate significant differences in the outcomes of utilization and costs in their respective nursing-home sectors. This research seeks out the reasoning behind these observations, looking at demographic and policy differences between the two countries. To shed light on multiple angles, we conduct empirical analysis using three methods: regression, the Blinder-Oaxaca decomposition, and data envelopment analysis, which uses regional data from the past decade. Our findings indicate that different outcomes are

driven by both demographic and policy differences where policy relates to long-term care as well as to additional welfare aid. Among the policy elements, our results are consistent with the regional existence of moral hazard, but only for Germany. This result might be due to a generous welfare program in Germany, while Japanese figures do not indicate the existence of moral hazard as a result of strict nursing-home admission rules for welfare recipients.

► **Comment les Français envisagent-ils le risque dépendance ? Une analyse à partir des données de l'enquête Pat€r 2020**

MAHIEU R.  
2021

**Questions Politiques Sociales : Les Etudes(34)**

<https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg34>

Cette étude analyse comment les Français appréhendent le risque de devenir un jour dépendants, quelles modalités de prise en charge ils anticipent et de quelles ressources ils pensent disposer pour financer une éventuelle perte d'autonomie. Elle s'appuie sur une exploitation de la vague 2020 de l'enquête Pat€r (PATrimoine et préférences vis-à-vis du TEMps et du Risque) financée par la Caisse des dépôts.

► **Trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 au cours de l'année 2020**

MIRON DE L'ESPINAY A., RICOCH L.  
2021

**Etudes Et Résultats (Drees)(1196)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1196.pdf>

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été particulièrement touchés par la pandémie de Covid-19. En 2020, les trois quarts des EHPAD ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38 % de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5 % sont décédés, soit 29 300 décès.

► **Pricing Long-Term Care For Older Persons : Case Study. France**

OR Z. ET PENNEAU A.  
2021

**Genève OMS.**

[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/pdf/France\\_draft.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/France_draft.pdf)

The French long-term care (LTC) sector is complex with multiple funders and care providers managed by different levels of government. While the statutory health insurance (SHI) system allows a unified and relatively good coverage of medical LTC needs, the type and funding of the personal and social LTC services vary depending on the local authority. This has resulted in large differences across French départements in prices of personal LTC services and out-of-pocket payments faced by the recipients. Prices and payment mechanisms used for funding providers vary also for medical and personal LTC services. Regardless, none of the payment mechanisms take into account the quality of service providers. Lack of information on actual costs and care quality of the LTC providers hinders the capacity for improving the quality and efficiency of care provision in the LTC sector. This chapter provides an overview of the funding and price setting mechanisms used in the LTC sector today in France, with the objective of staging the mechanisms used and issues raised. It first presents the main providers involved in the LTC sector and the major institutions responsible for funding and managing LTC services. By analyzing price setting mechanisms for different providers, we aim to identify major issues and possible solutions for advancing LTC services in France and in other countries. Des études de cas pour d'autres pays sont consultables à cette adresse :

► **Mettre le « value-based aging » au cœur des politiques de dépendance**

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

**Liepp Policybrief(53)**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:spo:wpmain:info:hdl:2441/6ho4klqieu9t19f0mo3hfbkikd&r=&r=age>

Avec le vieillissement de la population, l'accompagnement de perte d'autonomie et le bien-vieillir sont devenus des enjeux de politique publique majeurs. Une question centrale est celle de la pertinence des aides publiques : sont-elles centrées sur les besoins des personnes ? Nous montrons qu'il existe en effet une

corrélation forte entre la santé perçue par nos aînés et leurs besoins de soins de longue durée (familiaux et professionnels). Nous préconisons de déployer une aide publique basée sur la notion de « value-based aging », c'est-à-dire finançant en priorité des aides centrées sur les attentes des aînés.

► **The Effect Of Long-Term Care (LTC) Benefits On Healthcare Use**

SERRANO ALARCON M., HERNANDEZ-PIZARRO H. M., LOPEZ I. CASANOVA G., *et al.*

2021

**Documento de Trabajo : 2021/12. Bocconi Bocconi University.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:fda:fdaddt:2021-12&r=&r=hea>

The healthcare systems of most European countries are currently operating under extreme levels of pressure. Part of this pressure is due to a rising demand for healthcare caused by an increase in comorbidities and life expectancies amongst the populations they serve. The implementation of a good system of Long-Term Care (LTC) could reduce this pressure if it promotes preventative habits and treatment adherence, or reduces age-related risks. In this study we aim to understand the role of LTC benefits in reducing healthcare use in primary and secondary care by exploring a detailed administrative database. Results show that a monthly LTC benefit of around 412 euros could reduce avoidable hospitalizations by 60% and also unscheduled «walk-in» patient visits by a half, with the majority relating to social exclusion cases. Furthermore, LTC benefits could promote preventive healthcare, improving access to healthcare services such as cataract surgery. These findings have important policy implications for the organization of the LTC and healthcare systems, suggesting that allocating resources to LTC might not only increase the welfare of LTC beneficiaries, but also help to contain the increasing costs of healthcare.

► **Health Misperception And Healthcare Utilisation Among Older Europeans**

SPITZER S. ET SHAIKH M.

2020

**Vienna Institute of Demography Working Papers ; 01/2020. Vienne Austrian Academy of Sciences, Institute of Demography.**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:vid:wpaper:2001&r=&r=age>

Health perception biases can have serious conse-

quences on health. Despite their relevance, the role of such biases in determining healthcare utilisation is severely underexplored. Here we study the relationship between health misperception, doctor visits, and concomitant out-of-pocket expenditures for the population 50+ in Europe. We conceptualise health misperception as arising from either overconfidence or underconfidence, where overconfidence is measured as overestimation of health and underconfidence is measured as underestimation of health. Comparing objective performance measures and their self-reported equivalents from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, we find that individuals who overestimate their health visit the doctor 14% less often than individuals who correctly assess their health, which is crucial for preventive care such as screenings. Lower healthcare utilisation is accompanied by lower out-of-pocket spending (38% less). In contrast, individuals who underestimate their health visit the doctor more often (28% more) and have higher out-of-pocket spending (17% more). We project that underestimating health of the population 50+ will cost the average European country IntL\$ 71 million in 2020 and IntL\$ 81 million by 2060. Country-specific estimates based on population and demographic projections show that countries such as Germany, Denmark and The Netherlands will experience significantly large costs of such misperception. The results are robust to several sensitivity tests and, more important, to various conceptualisations of the misperception measure.





## Index des auteurs Author index

### A

Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail.....	69
Agence Nationale d'Appui à la Performance.....	63
Agence Nationale de la Recherche.....	45
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.....	30
Agrawal V.....	49
Ahammer A.....	70
Ahuia A.....	55
Aldea A.....	26
Alsan M.....	39
Alwan N.....	52
Andronico A.....	44
Audy E.....	39

### B

Baldi I.....	25
Baldursdottir K.....	25
Balle D.....	54
Baradji E.....	32
Barkowski S.....	16
Barnay T.....	15 , 37 , 75
Bateman H.....	75
Bau N.....	59
Bazin A.....	32
Beatriz M.....	72
Bellabas A.....	13
Ben Halima M.....	70
Beque M.....	70 , 72
Beranger J.....	67
Bergeot J.....	76
Bertrand M.....	55
Biasi B.....	71
Billette-De-Villemeur A.....	26
Biro A.....	76
Blanchard O.....	45
Blanchflower D. G.....	72
Blic D.....	61
Bocquet E.....	32
Boneschi S.....	43
Bonnici B.....	47
Bosetti P.....	44

Botton J.....	25 , 55
Bouba-Olga O.....	30
Boz C.....	16
Branviczki R.....	76
Brasseur P.....	32
Bricard D.....	39
Bronsoler A.....	13
Broussy L.....	76
Bryson A.....	72
Buyck J. F.....	54 , 66

### C

Cabannes P. Y.....	53
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.....	13 , 17 , 30
Calvo M.....	36
Canipel L.....	23
Cantor J. H.....	49
Cassou M.....	64
Castel P.....	47
Castro M.....	65
Cavarda G.C.....	29
Cayouette-Rembliere J.....	41
CCL-COVID.....	30
CCNE.....	50
Chambaud L.....	50
Chandra A.....	39
Chauvin P. A.....	53
Chevillard G.....	31
Chevrier C.....	25
Choi H.....	20
Chyn E.....	31
Comité d'Alerte de l'Ondam.....	17
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.....	17 , 41
Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.....	33
Complémentaire Santé Solidaire.....	14
Com-Ruelle L.....	26
Conseil d'Orientation des Retraites.....	74
Conseil National de l'Ordre des Médecins.....	33 , 63
Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.....	57
Cornu Pauchet M.....	13

Costa Font J. ....	19
Cour des Comptes.....	14, 18, 45
Coutrot T. ....	72
Creel J.....	46
Croutte P. ....	21
Currie J.....	18, 64

## D

Dahl M. S.....	71
David S.....	54
Debeaupuis J.....	56
Defevbre E.....	75
Del Bano J. P.....	65
Deshpande M.....	18
Despierre B.....	13
Desplas D.....	43
Devaux M.....	26
Dormont B.....	48
Dourgnon P.....	39
Drouin J.....	43
Dubath C.....	58
Duche P.....	26
Duffeu A.....	42
Duggan M.....	14
Dunn A.....	65

## E

Eichenbaum M. S.....	40
Einav L.....	23
Elek P.....	76
Elenev V.....	50
Eliaou J. F.....	55
Ellimootil C.....	25
Elmont-Koropoulis A.....	42
Espinay A.....	78
Eurostat.....	57

## F

Fauchier-Magnan E.....	47
Faucon F.....	48
Fédération Européenne des Associations et Industries Pharmaceutiques.....	42
Fédération Nationale de la Mutualité Française	57
Fenoll B.....	47
Feron V.....	36

Ferreira F. H. G.....	40
Fillion S.....	56
Filomena M.....	77
Firdion L.....	36
Firmin-Le Bodo A.....	48
Fnors.....	57
Fondation Roi Baudoin.....	57
Fontaine R.....	77
Fournier C.....	68
Franc C.....	15, 64
Fresson J.....	29
Friedson A. I.....	26

## G

Galissaire J.....	45
Gamache L.....	39
Gandre C.....	69
Ganju K. K.....	25
Garthwaite C.....	14
Gauthier A.....	39
Gicquel J. P.....	61
Gil R.....	62
Gintz R.....	56
Goda G. S.....	73
Godzinski A.....	27
Gottlieb J. D.....	65
Gouvernement.....	34
Gramain A.....	77
Grammenos S.....	33
Greenan N.....	70
Grelier J. C.....	48
Grosskopf S.....	56
Gross T.....	35
Gruber J.....	13
Grubl D.....	70
Guedj J.....	76
Guerin O.....	77
Guillot V.....	24, 42

## H

Haddouk L.....	21
Hamilton B.....	40
Hamon-Cholet S.....	71
Hansen J.....	19
Harrison S.....	19
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age.....	74

Haut Conseil de la Santé Publique .....	34
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie .....	48
Haute Autorité de santé .....	22
Haute Autorité de Santé .....	75
Health Data Hub.....	22 , 44
Hernandez-Pizarro H. M. ....	79
Hetschko C. ....	73
Hiekel N. ....	59
Hincapie A. ....	40
Hurt M. D. ....	36

## I

Inca.....	27
Inserm .....	27
IQVIA .....	42
Isaac-Sibille C.....	65

## J

Jabagii M. J.....	55
Jackson E.....	73
Janvier M. C.....	52
Jeandel C.....	77
Jessop J. ....	20
Jomier B. ....	51
Juanico R.....	54
Jung D. ....	71
Jusot F.....	37 , 48
Juven P. A.....	47

## K

Kalish S. C.....	40
Karamanli M. ....	46
Karmann A.....	77
Karpova A.....	18
Katz L. F. ....	31
Khanna B. ....	59
Khunti K.....	52
Kremer M. ....	55
Kuhn-Lafont A.....	76
Kuhn M.....	59
Kumar A. ....	37
Kunz J. S.....	35

## L

Lafon L. ....	27
Lambert A.....	41
Lamiraud K. ....	15
Lanfranchi J.....	70 , 71
Langlois S.....	62
Lapinte A. ....	37
Lardeux R. ....	38
Lassarade F.....	55
Laurent E. ....	15
Lavarde C.....	24
Law C. ....	59
Lazarus J.....	61
Le Bouler S. ....	31
Le Défenseur des Droits .....	33
Legendre B.....	37
Leguay D.....	34
Le Guillou Y.....	48
Lemetayer F. ....	28
Lerouge A. ....	26
leseul G. ....	55
Ligue contre l'Obésité.....	28
Li M.....	26
Lippi Bruni M. ....	35
Lockwood L.....	18
Loiseau R. ....	16
Longuet G.....	47
Lopez I. Casanova G. ....	79
Loretti L. ....	38
Lucas-Gabrielli V. ....	31
Lucifora C.....	43

## M

Mahieu R. ....	78
Mahler D.....	40
Malatre-Lansac A. ....	49
Mangeney C. ....	36
Martinez J. ....	24
McCullough J. ....	25
McDonald N. ....	41
McElreath R. ....	44
McNamee P.....	25
Meda D.....	41
Metten M. A. ....	54 , 66
Michel L. ....	66 , 68
Milcent K. ....	21
Ministère chargé de la Santé.....	49 , 51
Ministère chargé du Travail.....	71

Missegue N.....	43
Moreau J. B. ....	52
Morize N.....	68
Moser P.....	71
Moulin T. ....	23
Mousques J. ....	31 , 64
Muller J. ....	21

## N

Norton E. C. ....	25
-------------------	----

## O

Observatoire des Inégalités .....	38
Observatoire National de la Protection de l'Enfance .....	59
OCDE.....	53 , 58 , 60
Onder E.....	16
Organisation Mondiale de la Santé .....	22
Ormerod P. ....	20
Or Z. ....	51 , 66 , 68 , 69 , 78

## P

Paffenholz M. ....	60
Papineau E.....	28
Papuchon A.....	38
Pech A. ....	28
Penneau A. ....	78
Pereia A.....	58
Pialoux G. ....	52
Picchio M.....	77
Piper A. ....	72
Pirou D.....	38
Pirus C. ....	38
Poucineau J.....	39
PromoSanté Ile-de-France .....	31
Propper C. ....	35
Proto E. ....	60

## Q

Quintero L. E.....	50
--------------------	----

## R

Rahman T. ....	61
Rajan S. ....	52
Rapp T. ....	78
Rashba J.....	23
Raynaud D.....	15
Raynaud J.....	31
Rebelo S. ....	40
Rebucci A.....	50
Reda R.....	52
Rees D. I.....	26
Reinecke A.....	19
Remund A. ....	29
Rey S.....	29
Ricroch L. ....	78
Rochaix L.....	51
Rohweddler S. ....	36
Romeo D.....	65
Roquebert Q.....	78
Rouge-Bugat M. E. ....	67
Rudisill C. ....	19
Russo A. ....	43

## S

Sacarny A.....	35
Safon M. O.....	52 , 67
Salles N.....	23
Samson A. L. ....	37
Sandau-Gruber A. C. ....	67
Santé Publique France.....	27 , 29
Saraceno F.....	46
Savary R. P. ....	24
Schmere H. J.....	19
Schmidtke J.....	73
Schob R. ....	73
Schoeni R. F.....	20
See F. K.....	56
Seira E. ....	13
Seitz S. ....	60
Serrano Alarcon M.....	79
Shaikh M.....	79
Shapiro A. ....	65
Shi M. ....	35
Sicsic J.....	78
Siddique A. ....	61
Siflinger B. ....	60
Simon K. I.....	39

Simon P. ....	23
Sirven N. ....	51
Sliman G. ....	52
Sood N. ....	49
Spitzer S. ....	79
Stadelmann P. ....	15
Staub K. ....	35
Sterck O. ....	40
Suarez M. ....	27
Sugawara S. ....	77
Suhard V. ....	23 , 67

## T

Tamarelle-Verhaegue M. ....	54
Tang K. K. ....	71
Tas N. ....	16
Tenand M. ....	76
Thorp S. ....	75
Tirole J. ....	45
Tonon C. ....	24
Touraine J. L. ....	42
Toutlemonde F. ....	35
Trabandt M. ....	40
Trabichet A. M. ....	58
Tran K. C. ....	44

## U

Ugolini C. ....	35
-----------------	----

## V

Valdmanis V. ....	56
Vanlerenberghe J. M. ....	18
Verzulli R. ....	35
Veziar A. ....	47
Vigani D. ....	43
Vigouroux P. ....	52
Vilain A. ....	29
Villani C. ....	47
Vinquant J. P. ....	67
Vlassopoulos M. ....	61

## W

Waidmann T. ....	20
------------------	----

Wang A. Y. ....	14
Wang J. ....	41
Weill A. ....	43
Wiesek W. ....	55
Winter-Ebmer R. ....	70
Wittwer J. ....	46 , 48 , 77
Won Kwak W. D. ....	71
Wu S. ....	75
Wyonch R. ....	73

## Z

Zeltzer D. ....	18 , 23
Zhang A. ....	60
Zhang J. ....	64

