

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Novembre 2025 / November 2025

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-Economie-de-la-sante.html
Any reproduction is prohibited but direct links to the document are allowed: www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé
21-23 rue des Ardennes - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 56 • www.irdes.fr

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 11** The Impact of Public-Private Partnership Health Plans on Private Insurance
Ding, H., Wang, X. et Xu, X.
- 11** MSA Charges et Produits 2026 : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2026 (loi du 13 août 2004)
Caisse centrale de la MSA
- 11** Avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)
Comité d'alerte de l'Ondam
- 11** La Mutualité sociale agricole : des actions à mettre en œuvre pour la future convention d'objectifs et de gestion - (Suivi du rapport de 2020)
Cour des comptes
- 12** Rapport d'information sur l'Aide médicale d'État
Delahaye, V.
- 12** The Aca's Healthcare Exchanges: Health Coverage, Access to Care, and Health Outcomes Among Low- and Moderate-Income Americans
Lennon, C.
- 12** Navigating Medicaid: Experimental Evidence on Administrative Burden and Coverage Loss
Myerson, R.M., Espeseth, A. et Dague, L.
- 13** Government-Funded Health Insurance: A Key Strategy to Mitigate Income Inequality
Narayankar, A.
- 13** The responses of physicians to a fall in demand for voluntary private health insurance
Scott, A., Mendez, S. et Yong, J.
- 13** Losing Medicaid: What Happens to Hospitalizations?
Tello-Trillo, D. et Simon, K.I.

Démographie Demography

- 14** Personnes pauvres et modestes en Europe : des profils différents selon les pays
Berut, T.
- 14** La natalité en France : Mythes et Réalités de la crise démographique Française : Les Français ont-ils le nombre d'enfants qu'ils désirent ?
Ville, Y., Shenfield, F., Spira, A., et al.

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

- 15** L'IA en santé : Ambitions et perspectives
Fédération Hospitalière de France
- 15** Stratégie intelligence artificielle et données de santé
Ministère chargé de la Santé
- 15** Market entry of digital health providers after the introduction of a new reimbursement pathway
Janben, R., Reif, S. et Schubert, S.
- 15** An Econometric Analysis of the Impact of Telecare on the Length of Stay in Hospital
Momanyi, K.
- 16** The Medium Matters: Medical Decision-Making in Telemedicine versus In-person Care
Steiny Wellsjo, A., Gertler, P. et Kwan, A.

Économie de la santé Health Economics

- 16** Incidence of Dementias, Socio-Economic Correlates and Policy Implications: A Machine Learning Approach Based on the GBD Study 2021 for the European Union
Abbasfati, C. et Nieddu, L.

- 17 The Value of Medical Care in the United States: Changes in Lifetime Spending and Health Adjusted Life-Expectancy, 1996 to 2016**
Ackley, C., Dunn, A. et Dwibedi, E.
- 17 The Risk Protection Value of Moral Hazard**
Acquatella, A. et Marone, V.
- 17 Pertinence et efficience des dépenses de biologie médicale**
Amghar, Y.G., Bras, P.L. et Chapelet, C.
- 18 Pertinence et efficience des dépenses de radiologie**
Amghar, Y.G., Bras, P.L. et Chapelet, C.
- 18 Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes**
Bonnet, O. et Fauchon, A.
- 18 La situation et les perspectives des finances publiques**
Cour des comptes
- 18 Le bon usage des produits de santé**
Cour des comptes
- 19 Cahier statistique des institutions de prévoyance : Données chiffrées 2024. Edition 2025**
Centre Technique des Institutions de Prévoyance
- 19 Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025**
Delecourt, C. et Didier, M.
- 19 Reducing Spending and Enhancing Value in the U.S. Health Care System**
U.S. Government Accountability Office
- 20 Creative Financing and Public Moral Hazard: Evidence from Medicaid and the Nursing Home Industry**
Hackmann, M.B., Rojas, J.S. et Ziebarth, N.R.
- 20 Pour un redressement durable de la Sécurité sociale**
Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
- 20 Une histoire économique et sociale. La France, de la Préhistoire à nos jours**
Hautcoeur, P.C. et Virlouvét, C.
- 20 Causes et effets de la financiarisation du système de santé**
Lavenir, F., Pilloux, A. et Mariani, L.
- 21 Les dépassements d'honoraires. Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients**
Legal, R., Vincent, R. et Bonaï, M.
- 21 Healthcare Resource Utilization and Cost Burden of Covid-19 Cases in Ontario, Canada, 2021-2023**
McDonalds, C., Grajales, A. et Ait Yahia, N.
- 22 Best Practice in Institutionalising Health Accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 22 Healthcare Costs and Increasing GDP Spending: What Can Be Done?**
Sellers, M.
- 22 Financements publics et restes à charge des maladies chroniques en France et dans les pays de l'OCDE**
Suhard, V.
- 23 Efficiency over Expenditure: Evaluating the Drivers of Life Expectancy in European Healthcare Systems**
Vassalli, L. et Vojnovic, J.

Environnement et santé Environmental Health

- 23 Impacts économiques de la pollution de l'air en Île-de-France**
Airparif
- 23 Measuring greenhouse gas emissions in the health sector**
Doucet, C.
- 24 Decarbonising Health Systems Across OECD Countries**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 24 La soutenabilité environnementale des systèmes de santé : Une revue de littérature sur l'empreinte écologique des systèmes de santé et les mesures visant à réduire son impact : vers un cadre d'action en France**
Seppanen, A.V. et Or, Z.

État de santé Health Status

- 25** Parcours de soins des personnes atteintes de Covid Long : Retours d'expérience des personnes majeures en régions Bretagne et Occitanie
#AprèsJ20 - Association Covid Long France
- 25** Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales
Godet, F., Costemalle, V. et Aubineau, Y.
- 25** Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2
Haute Autorité de Santé
- 25** En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses
Vilain, A. et Fresson, J.

Géographie de la santé Geography of Health

- 26** Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale ?
Chevallard, G., Ventelou, B., Verger, P., et al.
- 26** Dans le Grand Est, un quart des habitants des espaces ruraux sont éloignés d'un professionnel de santé
Kauffmann, P. et Richards, M.
- 26** Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes
Lucas-Gabrieli, V., Bonal, M., Mangeney, C., et al.
- 27** Une seule santé : des concepts à la mise en application territoriale
Observatoire régional de santé Île-de-France

Handicap Disability

- 28** 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021
Blavet, T.
- 28** The Time Cost of a Disability
Hamermesh, D.S. et Myck, M.

- 28** Handicap chez les jeunes de 5 à 20 ans : mesurer et comprendre une diversité de situations
Mbaye, L.
- 28** Cancer et handicap psychique : Obstacles et Potentiels
Meidani, A.
- 29** Heterogeneous Disability Shocks and the Dynamics of Income, Employment, and Partial Insurance
Millard, R.G.

Hôpital Hospital

- 29** Foisted: The Spillover Effects of Hospital Mergers on Costs and Utilization
Arnold, D. et Radhakrishnan, N.
- 29** Organisation and financing of intensive care services in Belgium
Bouckaert, N., Lefevre, M. et Van den Heede, K.
- 30** Les établissements de santé en 2023 – Edition 2025
Cazenave-Lacroutz, A. et Boisguerin, B.
- 30** La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 - Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024
Cazenave-Lacroutz, A., Courtejoie, N. et De Champs, C.
- 30** Expecting Harm? The Impact of Rural Hospital Acquisitions on Maternal Health Care
Dranove, D., Gaynor, M. et Geddes, E.
- 31** L'avenir de l'HAD publique : mobiliser les territoires autour des GHT
Fédération Hospitalière de France
- 31** Do Higher-Cost Settings Deliver Better Outcomes? Post-Acute Care Efficiency in Medicare Skilled Nursing Facilities and Home Health Agencies
Geng, F., Gong, J. et Gozalo, P.I.
- 31** Hospital Cost Reduction Strategies under Hybrid Reimbursement System: Care Shifting and Cost Unbundling
Jiang, T. et Wang, S.

- 32 Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2023 - Le salaire net moyen diminue de 0,9 % en euros constants**
Moreau, T., Andriamboavonjy, T. et Dixte, C.
- 32 Labor and Product Market Power, Endogenous Quality, and the Consolidation of the US Hospital Industry**
Setzler, B.
- 32 Does Private Equity Hurt or Improve Healthcare Value? New Evidence and Mechanisms**
Yuan, M., Wen, W. et Bardhan, I.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 33 Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité**
Balducchi, M.J. et Ullern, A.
- 33 Intergenerational transmission of inequalities: Are health inequalities at birth the missing link?**
Bello, A.H., Maripier, I. et Lacroix, G.
- 33 The Growing Divide: Income Inequities in Access to Mental Healthcare in Australia**
Black, N., Jayawardana, D. et Johnston, D.W.
- 34 Education and Mortality: Evidence for the Silent Generation from Linked Census and Administrative Data**
Domnisoru, C., Malinovskaya, A. et Taylor, E.
- 34 Are Female-dominated Cancers Underfunded**
Farre, L., Luong, H. et Vall, J.
- 34 Observatoire 2024 de Santé Info Droits : sollicitations à la hausse, accès aux soins pour tous à la baisse**
France Assos santé
- 34 The Effect of Initial Location Assignment on Healthcare Utilization of Refugees**
Kulshreshtha, S.
- 35 Social inequalities in health in the EU**
Marmot, M.
- 35 Femmes, hommes : quelles spécificités socio-sanitaires ?**
Nagnohou, C., Ledesert, B. et Bonnet, C.

- 35 Understanding the Impact of Socioeconomic Deprivation on Inpatient Surgical Care Delivery Costs in the Veterans Health Administration**
Strayer, A.L., Wehby, G. et Gao, J.
- 36 Gender Differences in Healthcare Utilisation - Evidence from Unexpected Adverse Health Shocks**
Van't Hoff, N. et Mellace, G.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 36 Observatoire Européen des délais d'accès aux médicaments : Comparaison en Allemagne, Angleterre, Espagne, France et Italie. Édition 2025**
Chaignot, C., Amer, N. et Delcroix-Lopes, S.
- 36 Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ?**
Comité pour le développement durable en santé
- 37 Rapport d'information du Sénat sur les dangers des opioïdes**
Demas, P., Romagny, A.S. et Souyris, A.
- 37 L'Innovation Thérapeutique en France. Quels effets externes au-delà du bénéfice clinique ?**
IQVIA

Méthodologie-Statistiques

Methodology-Statistics

- 37 Network Data Envelopment Analysis in Healthcare: A Systematic Literature Review**
Afonso, G.P., Figueira, J.R. et Ferreira, D.C.
- 38 Revisiting the Disability-Adjusted Life Year (DALY) as a Health Metric: Rigorous Science or Ableist Guesswork?**
Lundberg, D.J.
- 38 Utilitarian or Quantile-Welfare Evaluation of Health Policy?**
Manski, C.F. et Mullahy, J.

- 38 Facilitating the secondary use of health data for public interest purposes across borders**
Organisation de coopération et de développement économiques

- 41 Faciliter l'accès aux services publics : restaurer le lien de confiance entre les administrations et les administrés : Rapport d'information**
Devinaz, G.I. et Havet, N.

Politique de santé Health Policy

- 39 The Impact of Family Policies on Maternal Health**
Dehos, F.T., Paul, M. et Schafer, W.
- 39 Recommandations pour l'élaboration du 5^e programme national nutrition santé (PNNS)**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 39 La lutte contre les cancers pédiatriques : enjeux, actions et perspectives, édition 2025**
Institut National du Cancer
- 40 La Stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030**
Ministère chargé de la Santé
- 40 Community action for health and well-being**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 40 Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting**
Organisation Mondiale de la Santé
- 41 L'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins**
Rousset, J.F. et Naegelen, C.

Politique publique Public Policy

- 41 Agencification : une méthodologie repensée pour une action publique renforcée - Rapport et annexes**
Barros, P. et Lavarde, C.

Politique sociale Social policy

- 42 Le pilotage par l'État de la politique de lutte contre la pauvreté**
Cour des comptes
- 42 Pour une mobilisation collective en faveur des jeunes sortant de l'Aide sociale à l'enfance**
Guillermo, V., Lucas, B. et Turan-pelletier, G.
- 42 L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap Édition 2025**
Le Caignec, E.
- 43 Divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales**
Perruchon, C., Fauchier-magnan, E. et Cuneo, P.

Prévention Prevention

- 43 The Labour Market and Health Effects of a Diabetes Warning: Evidence of Gender and Age Differences from the Lifelines Cohort Study**
Annibali, C., Bergemann, A. et Alessie, R.
- 43 Prévention et prise en charge précoce du diabète**
Cour des comptes
- 44 Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie. Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé**
Haut Conseil de la Santé Publique
- 44 Can Legal Knowledge Save Lives? A Randomized Experiment in Preventive Health Screenings**
Robertson, C. et Netter Epstein, W.

Psychiatrie *Psychiatry*

- 45 On the Dynamics of Mental Health**
Ascarza-Mendoza, D. et Velasquez, C.
- 45 L'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous-main de justice**
Corneloup, J. et Leboucher, E.
- 45 Loneliness, Mental Health and the Work-From-Home Revolution**
Cowan, B. et Spearing, J.
- 46 Santé mentale des jeunes de l'Hexagone et aux Outre-mer : Cartographie des inégalités**
Delage, V. et Tellier-poulain, M.
- 46 Time for Mental Healthcare: Evidence from Paid Sick Leave Mandates**
Eisenberg, M., Ge, Y. et Golberstein, E.
- 46 Mental health atlas 2024**
Organisation Mondiale de la Santé
- 46 World mental health today: latest data**
Organisation Mondiale de la Santé
- 46 La prise en charge intégrée des soins pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère**
Suhard, V.

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 47 Les sciences sociales dans l'évaluation des politiques publiques : pour une approche conversationnelle**
Beaussier, A.L., Bourgeois, I., Fournier, C., et al.
- 47 Le nouvel esprit du service public**
Pudal, R. et Sinigaglia, J.

Soins de santé primaires *Primary Health Care*

- 48 Contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée : Rapport définitif Tome 1**
Baque, S., Cherubini, C. et Durand, N.

- 48 Révision des définitions des « soins infirmiers » et « infirmière »**
Conseil international des infirmières
- 48 Soignants libéraux : préserver la vocation, combattre l'épuisement**
École de Management de Grenoble
- 48 All or nothing? Access and variation in NHS continuing health care**
Hutchings, R., Dodsworth, E. et Curry, N.
- 49 Does Universal Occupational Licensing Recognition Improve Patient Access? Evidence from Healthcare Utilization**
Oh, Y.T. et Kleiner, M.M.
- 49 Modalités de mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologique**
Picq, J.F. et Khennouf, M.
- 49 Are physicians' motivations stable over time? An investigation before, during, and after a pandemic**
Poole, L.M. et Oxholm, A.S.
- 50 Les besoins de formation des professions d'infirmier(ère)s et d'aides-soignants(e)s : Rapport et propositions**
Touze, E. et Bocognano, A.

Systèmes de santé *Health Systems*

- 50 Health systems in action: Canada**
Marani, H. et Allin, S.
- 51 From hospital to community: International lessons on moving care closer to home**
Reed, S., Lobont, C. et Oung, C.
- 51 Health systems in action: United States of America**
Rice, T., Unruh, L.Y. et Barnes, A.J.
- 51 Healthcare Systems and Social Enterprises in Europe and the United States**
Santuari, A. et Sage, W.M.

Travail et santé Occupational Health

- 52 Doctor Discretion in Medical Evaluations**
Cabral, M. et Dillender, M.
- 52 Qualité du travail, qualité de l'emploi :
éléments de comparaisons internationales**
Giorgi, D.
- 53 Long-term Health and Human Capital
Effects of Early-Life Economic Conditions**
Hou, R., Baker, S. et Von Hinke, S.
- 53 Les effets de l'obésité sur le monde
du travail : emploi, absentéisme &
discrimination salariale**
Schwerer, C.A.
- 53 The costs of cardiovascular diseases
and depression attributable to psychosocial
work exposures in the European Union**
Sultan-Taieb, H., Villeneuve, T. et Chastang, J.F.

Vieillesse Aging

- 53 Les soins de longue durée
dans l'Union européenne :
situation, défis et perspectives**
Association Internationale de la Sécurité sociale
- 54 Immigration and Adult Children's Care
for Elderly Parents: Evidence from
Western Europe**
Berlanda, A., Lodigiani, E. et Rocco, L.
- 54 The Care Dividend: Why and
How Countries Should Invest in Long-
Term Care**
Cylus, J., Wharton, G. et Carrino, L.
- 54 Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2025**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 54 Government Monitoring of Health Care
Quality: Evidence from the Nursing Home
Sector**
Chen, Y. et Dillender, M.
- 55 Comité de suivi des retraites : Avis 2025**
Comité de suivi des retraites
- 55 Le pari de l'autonomie sur la dépendance**
Institut Santé

- 55 Cash or Care? Insights from the German
Long-Term Care System**
Kesternich, I., Romahn, A. et Van Biesebroeck, J.
- 55 Analyse des caractéristiques
départementales et résidentielles
favorisant l'autonomie fonctionnelle
des personnes âgées**
Laborde, C., Ankri, J. et Cambois, E.
- 56 Ehpad : un résident sur dix est accueilli
dans un établissement géré par l'un
des cinq grands groupes d'Ehpad**
Louvel, A. et Monirijavid, S.
- 56 Trois quarts des Français préféreraient
rester à domicile en cas de perte
d'autonomie**
Mikou, M., Pirus, C. et Paliod, N.
- 56 In Money, We Survive:
The Effects of Social Security
Retirement Income on Longevity**
Noghanibehambari, H. et Fletcher, J.
- 56 Prescriptions potentiellement
inappropriées de benzodiazépines :
quel impact des Ehpad ?**
Penneau A., Perronnin M., Pichetti S., et al.
- 57 Baromètre solitude et isolement : Quand
on a plus de 60 ans en France en 2025**
Petits Frères des pauvres
- 57 Mortality risk factors in the Catalan long-
term care system**
Prades-Colome, A.
- 58 Is Managed Care Effective in Long-term
Care Settings? Evidence from Medicare
Institutional Special Needs Plans**
Rahman, M., McGarry, B. et White, E.

Assurance maladie

Health Insurance

► The Impact of Public-Private Partnership Health Plans on Private Insurance

DING, H., WANG, X. ET XU, X.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5250649

Public-private partnership (PPP) health insurance plans have been viewed as a promising tool to expand coverage while maintaining fiscal sustainability. However, in settings like China, with universal basic public insurance but still-emerging private insurance markets, little is known about their impact, particularly whether they increase overall coverage or displace existing private insurance. To examine this, we leverage the staggered introduction of China's City-Customized Supplemental Medical Insurance (CCSMI) across cities and a novel transaction-level dataset of private health insurance. Results reveal significant spillover effects on both the extensive and intensive margins: CCSMI substantially crowds out private insurance purchases and reduces average coverage amounts. Average premiums paid also decline, with two-thirds of the reduction driven by consumers opting for narrower coverage and the remainder likely due to insurers' pricing adjustments. A back-of-the-envelope calculation suggests that the decline in private insurance purchases offsets at least 25% of CCSMI enrollment gains. These findings provide important insights for comprehensively evaluating PPP insurance programs.

► MSA Charges et Produits 2026 : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2026 (loi du 13 août 2004)

CAISSE CENTRALE DE LA MSA

2025

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

<https://statistiques.msa.fr/publication/msa-charges-et-produits-2026/>

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2026 présente 26 propositions pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions visent à

accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans le cadrage financier de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

► Avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)

COMITÉ D'ALERTE DE L'ONDAM

2025

Paris, Comité d'alerte de l'Ondam

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

Cet avis a été établi après instruction auprès de la Direction de la Sécurité sociale et de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) des mesures annoncées par les ministres et les directeurs généraux des Caisses nationales d'Assurance maladie. Cet avis analyse la portée des mesures d'économies décidées ou en cours pour un montant global d'environ 1,74 milliard d'euros selon le gouvernement (permettant de compenser le risque de dépassement du montant prévisionnel de l'Ondam 2025).

► La Mutualité sociale agricole : des actions à mettre en œuvre pour la future convention d'objectifs et de gestion - (Suivi du rapport de 2020)

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-mutualite-sociale-agricole-msa-0>

En mai 2020, la Cour a publié un rapport thématique « la Mutualité Sociale Agricole », dans lequel elle a souligné que la MSA connaissait un déclin structurel lié à la démographie de ses ressortissants, ainsi qu'une gouvernance spécifique, constituant un frein au pilotage national et aux réorganisations. Elle indiquait que la gestion était insuffisamment performante notamment du fait de la fragmentation des activités et des moyens insuffisamment corrélés aux charges. Il en résultait des résultats très inégaux et souvent insatisfaisants dans

l'exercice des missions. Elle préconisait d'inscrire les évolutions de la MSA dans le cadre des réformes de la protection sociale en priorisant une ouverture vers le régime général. La Cour avait alors formulé 12 recommandations. Alors que la période couverte par la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et la MSA (2021-2025) aurait dû permettre de mettre en œuvre ces recommandations, même si des actions ont été engagées par la caisse centrale et que des progrès sont relevés, les recommandations de la Cour n'ont été qu'inégalement suivies. Trois recommandations ont été mises en œuvre pleinement, six l'ont été partiellement, une pas du tout et deux autres font l'objet d'un refus de mise en œuvre. Le présent rapport porte sur le suivi du rapport public thématique de 20203 et vise à proposer des actions pour la future COG.

► **Rapport d'information sur l'Aide médicale d'État**

DELAHAYE, V.

2025

Paris, Sénat (Rapport d'information du Sénat n°841)

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-841-notice.html>

L'Aide médicale de l'État (AME) a été l'objet de nombreuses tentatives de réforme ces dernières années, y compris lors du vote du dernier projet de loi de finances, qui n'ont jamais abouti. Vincent Delahaye, rapporteur spécial des crédits de la mission « santé », a présenté à la commission des finances le 9 juillet 2025 les conclusions de son travail de contrôle sur cette problématique.

► **The Aca's Healthcare Exchanges: Health Coverage, Access to Care, and Health Outcomes Among Low- and Moderate-Income Americans**

LENNON, C.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5342053

I study how the subsidized health insurance available via the Affordable Care Act's (ACA) Health Insurance Marketplaces affects coverage rates, access to care, and health outcomes among low- and moderate-income Americans. My analyses use data on insurance type, health outcomes, and subsidy eligibility from the American Community Survey (ACS) and the Medical

Expenditure Panel Survey (MEPS). Using a difference-in-differences approach, I find that the group eligible for subsidies experiences a 2.6 percentage point increase in private nongroup coverage and a 1.6 percentage point increase in any private insurance coverage, relative to a comparison group consisting of those who are ineligible for any ACA provisions that would help them afford or access coverage. The smaller gain in any private coverage potentially indicates some "crowding out" of existing coverage due to the marketplace subsidies. Event studies provide support for the parallel trends assumption. I also show that the effects on coverage are largest among those eligible for greater subsidies and are robust to a variety of sensitivity and heterogeneity analyses. In terms of health access and outcomes, using MEPS data I find a 3.7 percentage point increase in the proportion of subsidy-eligible individuals who report having a regular place for care, but limited impacts on other measures of health access or health outcomes, relative to the comparison group.

► **Navigating Medicaid: Experimental Evidence on Administrative Burden and Coverage Loss**

MYERSON, R.M., ESPESETH, A. ET DAGUE, L.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34191)

<https://www.nber.org/papers/w34191>

Millions of people lose access to safety-net programs each year because they do not complete the required administrative processes. In a large-scale field experiment, we randomized outreach offering personalized assistance during the Medicaid renewal window to identify the impact of transaction costs on coverage loss. Our intervention – which provided information and assistance – simplified the renewal process without affecting eligibility, ensuring that avoidable coverage loss among eligible beneficiaries accounts for any effects we find. Sending pre-recorded calls offering free one-on-one assistance from health insurance navigators increased Medicaid renewal by 1 percentage point, a 1.5% increase relative to the control arm. However, the phone number on file was likely no longer valid for at least one-fifth of beneficiaries, suggesting some people did not receive their calls. Receiving the call increased successful renewals the most for tribal members (by 8 percentage points or 13%) and children (by 3 percentage points or 4%); receiving the call also increased renewals for people with income below the

sample median (by 2 percentage points or 4%) and people with chronic disease (by 3 percentage points or 4%). Together, these data suggest that some eligible people, including those who need care, lose Medicaid because they struggle with the required administrative processes. The findings do not support the typical rationale for allowing barriers or costs to enrollment—namely, that they efficiently discourage participation by those who do not need or value the benefits.

► **Government-Funded Health Insurance:
A Key Strategy to Mitigate Income
Inequality**

NARAYANKAR, A.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5395488

Income inequality is one of the most pressing socio-economic challenges of the 21st century. As disparities in income and wealth widen, so do disparities in health outcomes (Marmot, 2005). In many countries, healthcare remains expensive, fragmented, and inaccessible to low-income groups, thereby reinforcing poverty and limiting upward mobility (WHO, 2010). This paper argues that expanding government-funded health insurance is a viable strategy to mitigate income inequality. Health insurance not only reduces out-of-pocket expenditure but also ensures equitable access to preventive and curative services, enabling poorer populations to remain healthier and more economically productive (Wagstaff et al., 2018). Drawing on international case studies and empirical evidence, this paper highlights the redistributive power of public health insurance schemes and the economic rationale for greater state investment in healthcare coverage. The analysis suggests that, far from being a fiscal burden, strategic public spending on health insurance is a high-return investment in social equity and long-term economic stability (Xu et al., 2007). The paper concludes with policy recommendations aimed at expanding coverage, improving quality, and integrating informal workers into the system-essential steps for governments committed to reducing inequality and achieving inclusive growth.

► **The responses of physicians to a fall
in demand for voluntary private health
insurance**

SCOTT, A., MENDEZ, S. ET YONG, J.

2025

**Melbourne, Monash University (Monash University.
Center for Health Economics Working Paper 2025-
14)**

<https://econpapers.repec.org/paper/mhechemon/2025-14.htm>

This paper examines the impact of a fall in demand for voluntary private health insurance on physician behaviour. We find that dual practice physicians who earned more revenue from working in private hospitals before the fall in demand for PHI were more likely to experience a fall in the volume of private hospital care and a less complex mix of in-hospital services provided. Risk-averse doctors drove this reduction in complexity. There was weak evidence suggesting that doctors compensated for the fall in volume by increasing their working hours in public hospitals and reducing fees for in-hospital services. We found no evidence of higher volumes of care in out-of-hospital visits to compensate for the lower in-hospital volumes, but some weak evidence of claiming for more complex and costly out-of-hospital services, which we interpret as upcoding. Compensatory behaviours were small and primarily observed among risk-averse male doctors with low conscientiousness, from non-surgical specialties, and located in areas with lower doctor density.

► **Losing Medicaid: What Happens
to Hospitalizations?**

TELLO-TRILLO, D. ET SIMON, K.I.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5353376

There is substantial evidence on the impact of gaining insurance on healthcare service utilization and financing. Less is known about the effects of losing insurance. Here we study a large-scale and sudden Medicaid eligibility contraction in Tennessee in August 2005 to understand the impacts of losing Medicaid on the use and financing of hospitalizations. We find that hospital service utilization declined in Tennessee post-policy by 4.6% and, among the hospitalizations that did occur, the use of Medicaid insurance to pay for care fell.

Demography**► Personnes pauvres et modestes en Europe : des profils différents selon les pays**

BERUT, T.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats de la Drees 1349)https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250924_ER-personnes-pauvres-et-modestes-en-europe

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une nouvelle étude qui analyse le profil des personnes à faible revenu en Europe en 2021 : les personnes pauvres, dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian de leur pays de résidence, mais également les personnes modestes, dont le niveau de vie est compris entre 60 et 75 % de cette médiane. Cette étude s'appuie sur les données 2022 de l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (European Union Statistics on Income and Living Conditions [EU-SILC]).

► La natalité en France : Mythes et Réalités de la crise démographique Française : Les Français ont-ils le nombre d'enfants qu'ils désirent ?VILLE, Y., SHENFIELD, F., SPIRA, A., *et al.*

2025

Paris, Académie nationale de médecine<https://www.academie-medecine.fr/la-natalite-en-france-mythes-et-realites-de-la-crise-demographique-francaise-les-francais-ont-ils-le-nombre-denfants-quils-desirent/>

La France, comme de nombreux pays développés, connaît un recul durable de la natalité. En 2024, malgré un solde naturel encore positif (+17 000), les naissances continuent de diminuer, atteignant un niveau historiquement bas, avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,59 enfant par femme, le plus faible depuis un siècle. Cette tendance reflète un vieillissement généralisé de la population, couplé à un report important des maternités vers un âge plus avancé (31 ans en moyenne contre 26,5 ans dans les années 1970). La fécondité après 40 ans progresse, mais ne compense pas le recul global. Les raisons sont multiples. Médicalement, l'infertilité touche environ 15 % des couples, souvent

aggravée par l'âge croissant des projets parentaux. Si l'Assistance Médicale à la Procréation constitue une réponse, son efficacité diminue avec l'âge, son accès est inégal, et les délais sont souvent dissuasifs. La hausse de la mortalité néonatale et la saturation des services de néonatalogie illustrent une crise des moyens hospitaliers. Sociologiquement, l'instabilité économique, le chômage, la crise du logement et les incertitudes géopolitiques ou environnementales freinent les intentions de parentalité. L'éco-anxiété, particulièrement marquée chez les jeunes femmes, alimente le doute sur la pertinence d'avoir des enfants. Dans ce contexte, le modèle familial évolue : recul du mariage, hausse de la monoparentalité, naissance hors union, recul du désir d'enfants nombreux, voire de tout enfant. Pourtant, le nombre d'enfants souhaités reste en moyenne de 2,27 : un écart significatif persiste donc entre désir et réalité. Politiquement, les dispositifs actuels sont jugés inadaptés. Les aides sont complexes, parfois conditionnées aux ressources, les modes de garde sont saturés, le congé parental peu attractif pour les pères. La baisse des investissements publics (de 3,6 % à 2,2 % du PIB entre 2017 et 2021) compromet l'efficacité d'une politique familiale historiquement ambitieuse. La génération née entre 2000 et 2012, issue d'un mini-rebond de natalité représente un espoir de redressement. À l'horizon 2030- 2040, elle représentera une cohorte nombreuse d'individus en âge de procréer. Si les conditions sont réunies – emploi stable, logement accessible, égalité femmes-hommes réelle, soutien à la parentalité, prise en compte de l'éco-anxiété – cette génération pourrait inverser la tendance. Elle cristallise un espoir : celui d'un renouveau démographique possible, à condition de comprendre ses aspirations profondes et de répondre à ses doutes. Ce pari nécessite un projet politique cohérent, intergénérationnel et transversal. Le rapport insiste sur un nécessaire changement de paradigme : réformer en profondeur les politiques familiales, renforcer l'accès aux soins de reproduction, garantir une garde d'enfants universelle et stable, et intégrer les dimensions écologiques dans les choix de société. La baisse de la natalité n'est pas encore une fatalité, mais un signal d'alerte exigeant une réponse ambitieuse, adaptée aux réalités contemporaines et centrée sur la confiance à redonner à la jeunesse.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► L'IA en santé : Ambitions et perspectives

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2025

Paris, F.H.F.

<https://www.fhf.fr/la-fhf/publications>

Ce livret présente la vision de la FHF sur l'intégration de l'intelligence artificielle dans le service public de santé. Entre promesses d'innovation et vigilance éthique, il met en lumière les usages déjà déployés dans les établissements, les enseignements d'un baromètre inédit et la volonté de construire collectivement une IA au service du soin et de la confiance.

► Stratégie intelligence artificielle et données de santé

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

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

La stratégie nationale sur l'utilisation secondaire des données de santé lancée aujourd'hui vise à mieux organiser, protéger et valoriser les données au service de la recherche, de l'innovation et des politiques publiques. Prévues au sein de l'objectif 18-1 de la feuille de route du numérique en santé et fruit d'un travail interministériel (DNS, DREES, DGOS, DGE, DGRI, AIS, PDS, CNAM) et d'une large consultation publique (plus de 300 retours), elle est structurée en dix objectifs alliant une double ambition : Offrir aux détenteurs et utilisateurs de données un cadre clair, simplifié et soutenu pour faciliter la réutilisation des données ; Préparer l'entrée en vigueur du règlement sur l'espace européen des données de santé.

► Market entry of digital health providers after the introduction of a new reimbursement pathway

JANBEN, R., REIF, S. ET SCHUBERT, S.
2025

Manheim, Leibniz Centre for European Economic Research (ZEW Discussion Papers 25-034)

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwzewdip/321863.htm>

Digital therapeutics are increasingly used to complement traditional health care. In a pioneering move, Germany became the first country to introduce a structured regulatory framework - known as the DiGA scheme - that enables developers of digital therapeutics to be reimbursed in the statutory health insurance system. Our study evaluates the impact of this novel regulation on the development and market entry of patient-centered digital health applications. Using a panel dataset of app availability by language and month from the Apple App Store, covering the period from January 2018 to September 2021, we compare trends in health app availability in German to those in other languages. Applying event study designs and a set of synthetic control methods, we find that the DiGA regulation likely stimulated the development of German-language digital therapeutics in the app market. While the number of apps increased, our results suggest that neither the diversity of health conditions targeted, nor the number of high-quality apps expanded significantly. On the contrary, the increase was almost exclusively driven by apps that sell patient data for advertisement. This suggests that the initial enthusiasm surrounding the new reimbursement pathway did not translate into a broad increase in high quality apps with strong data privacy protections. Further research is needed to assess the longer-term effects on innovation and quality, especially as other countries begin to adopt regulatory frameworks inspired by the German model.

► An Econometric Analysis of the Impact of Telecare on the Length of Stay in Hospital

MOMANYI, K.
2025

Rochester, S.S.R.N.

<https://ideas.repec.org/p/zbw/esprep/168559.html>

In this paper, we develop a theoretical model that links the demand for telecare to the length of stay in hospital and formulate three models that can be used to derive the treatment effect by making various assumptions about the probability distribution of the outcome measure. We then fit the models to data and

estimate them using a strategy that controls for the effects of confounding variables and unobservable factors, and compare the treatment effects with that of the Propensity Score Matching (PSM) technique which adopts a quasi-experimental study design. To ensure comparability, the covariates are kept identical in all cases. An important finding that emerges from our analysis is that the treatment effects derived from our econometric models of interest are better than that obtained from an experimental study design as the latter does not account for all the relevant unobservable factors. In particular, the results show that estimating the treatment effect of telecare in the way that an experimental study design entails fails to account for the systematic variations in individuals' health production functions within each experimental arm.

► **The Medium Matters: Medical Decision-Making in Telemedicine versus In-person Care**

STEINY WELLSJO, A., GERTLER, P. ET KWAN, A.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34185)
<https://www.nber.org/papers/w34185>

The use of telemedicine has been on the rise. Although telemedicine has increased access to health care, little is known about how the medium changes providers'

medical decision-making. To evaluate how telemedicine differs from in-person care, we compare the quality and cost of in-person clinic visits and virtual visits over the phone for common conditions in Rwanda. To control for patient selection, we conduct an audit study with 2,532 standardized patient visits, where individuals portraying real patients presented standardized cases for malaria and upper respiratory infection (URI). We find that the quality of virtual care is higher than that of in-person care for URI and equally as good for malaria. Telemedicine providers also asked more questions about symptoms and medical history and prescribed more optional medicines for symptom management than in-person providers. We further find that telemedicine is more efficient than in-person care: virtual consultations were faster, had shorter wait times, resulted in fewer unnecessary medications and tests, and cost less for patients. Controlling for a rich set of provider characteristics, we show that provider selection does not appear to drive the results. Instead, better provider-patient communication over the phone emerges as a key mechanism. Providers report that it is easier to treat, get information from, and relate to patients over the phone. Providers also report feeling less social pressure during phone consultations. Consistent with survey evidence, we find that providers prescribe unnecessary antibiotics when asked by patients face-to-face, but not over the phone.

Économie de la santé

Health Economics

► **Incidence of Dementias, Socio-Economic Correlates and Policy Implications: A Machine Learning Approach Based on the GBD Study 2021 for the European Union**

ABBAFATI, C. ET NIEDDU, L.
2025

Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5220236

This study employs a machine learning analysis of GBD data to examine the incidence of Alzheimer's disease and other dementias across the European Union. Regression tree and clustering analyses reveal signif-

icant heterogeneities in socioeconomic profiles and health spending. The findings indicate that a higher government expenditure per capita is consistently associated with a lower incidence rate. Concurrently, elevated out-of-pocket expenditures have been observed to be associated with worse health outcomes. Former communist and Mediterranean countries, which rely on social health insurance models and face economic distress, respectively, exhibit higher rates of dementia. The finding indicates that relying on social health insurance programs may be suboptimal. The rationale relates to these systems transferring financial burden to households, exacerbating inequities. Systems based on general taxation, such as Denmark's, show

better health outcomes. Findings also point to Cyprus, where universal health insurance in 2019 reduced out-of-pocket expenses, showing the power of universal coverage to improve healthcare access. The development of stronger healthcare systems, underpinned by adequate public health spending, is crucial for social cohesion and the health security of an aging population. Addressing financing inefficiencies and strengthening institutional support can reduce the economic burden on vulnerable households and enhance overall population health. This study calls for a re-evaluation of current health financing structures and the creation of policies to protect the health of an aging population. A harmonized EU strategy could promote knowledge sharing, best practices, and foster convergence in healthcare standards across member states.

► **The Value of Medical Care in the United States: Changes in Lifetime Spending and Health Adjusted Life-Expectancy, 1996 to 2016**

ACKLEY, C., DUNN, A. ET DWIBEDI, E.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5345903

Introduction. We build on Cutler and colleagues' research on the value of health-care spending using a period life-expectancy framework. We use the framework to track health-adjusted life-expectancy (HALE) and lifetime spending for all ages, show the value of improvements in healthcare, and demonstrate the contribution of expanding research to full age range. Methods. We use population-level results on mortality and years lived with disability from the 2019 Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factor Study, and spending from the 2016 Disease Expenditure study. We use cause-replacement methods to simulate effects of changes in health care. For 130 causes, we replace cause-specific outcomes (or spending) per case from 1996 with those measures for 2016; effect is the difference between base year and simulated calculations. Spending is reported in 2016 US dollars (\$). Results. For all-cause aggregate calculated at birth, lifetime spending effect is \$234,111 (95% uncertainty interval (UI): 221,395, 242,456) and HALE effect is 1.285 (95% UI: 1.161, 1.422) years per person. Value of improvements is ratio of two effects, \$182,201 (95% UI: 181,494, 182,912) per HALE gained. Seventy-nine of 130 causes have increased in mean HALE and lifetime spending. Value is

\$9,315 (95% UI: 9,204, 9,427) for HIV/AIDS and \$63,184 (95% UI: 62,352, 64,030) for ischemic heart disease. For drug use disorders, HALE effect is -0.331 (95%UI: -0.370, -0.296), which offset gains for other causes. Increases in HALE often occur at older ages than lifetime spending. Conclusion. Comprehensive measures for all ages show value of health care by cause.

► **The Risk Protection Value of Moral Hazard**

ACQUATELLA, A. ET MARONE, V.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34156)

<https://www.nber.org/papers/w34156>

Health insurance lowers the out-of-pocket price of healthcare, and it is well-established that this leads to higher utilization of care. This type of «moral hazard» is typically viewed as a social cost of insurance. Within a standard model, we show that there are two important ways in which the consumer's ability to change her behavior in response to insurance can play a central role in the ability of insurance to protect her from risk. These are (i) by allowing optimal exploitation of real income gained in bad states, and (ii) by enabling more resources to be shifted to bad states than otherwise could be. We provide a theoretical characterization of these cases and quantify their importance empirically. Under standard parameterizations of demand for healthcare and health insurance, estimates in the literature imply that moral hazard accounts for as much as half of the total value of risk protection derived from insurance. Preventing consumers from changing their behavior in response to insurance would lower costs but also result in a major loss of risk protection, on-net reducing consumer welfare in the population we study. Our results suggest that under-utilization of healthcare may thus be an equally important threat to welfare as over-utilization.

► **Pertinence et efficacité des dépenses de biologie médicale**

AMGHAR, Y.G., BRAS, P.L. ET CHAPELET, C.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/pertinence-et-efficacite-des-depenses-de-biologie-medicale>

Le rapport conjoint Igas-IGF dresse un état des lieux du secteur de la biologie médicale et de son organisation

en ville et à l'hôpital : Une activité et des dépenses (8 milliards d'euros) portées à 55 % par les laboratoires de ville. Un maillage territorial satisfaisant avec 99,8 % de la population à moins de 30 minutes d'un site de prélèvement. La mission dresse un constat mitigé des actions de maîtrise médicalisée et propose d'instaurer une prescription renforcée et/ou un remboursement conditionnel pour les analyses les plus suspectes de mésusage. Dans un contexte de suspension de la régulation prix volume jusqu'à fin 2026, la mission a identifié un potentiel d'économies à moyen terme de 650 millions d'€.

► Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie

AMGHAR, Y.G., BRAS, P.L. ET CHAPELET, C.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/pertinence-et-efficience-des-depenses-de-radiologie>

Le rapport conjoint Igas-IGF dresse un état des lieux du secteur de la radiologie diagnostique et interventionnelle, en ville et à l'hôpital, réalisée par des radiologues : 60 % de l'activité est portée par la radiologie conventionnelle, bien qu'en baisse par substitution progressive par l'imagerie en coupe (EML) ; La forte hausse des EML (+ 20 % pour les scanners et +31 % pour les IRM depuis 2019), en partie expliquée par la récente réforme des autorisations ; 60 % des dépenses sont liées à des examens d'imagerie en coupe (5,9 milliards d'euros de remboursements annuels, dont 1,7 milliards d'euros de forfaits techniques). Le bilan de la maîtrise médicalisée est mitigé, malgré de nombreuses recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. La mission estime des économies potentielles à hauteur de 500 millions d'euros par an.

► Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes

BONNET, O. ET FAUCHON, A.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats de la Drees 1345)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250828_ER_depenses-de-sante

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur le

financement des dépenses de santé. Elle décrit l'effort supporté par les ménages en fonction de leur niveau de vie, de leur statut socioprofessionnel et de leur âge, et interroge la mise en œuvre des principes d'équité de la sécurité sociale, souvent résumés sous la formule « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

► La situation et les perspectives des finances publiques

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-et-les-perspectives-des-finances-publiques-16>

Comme chaque année au début de l'été, la Cour des comptes publie son rapport annuel sur la situation et les perspectives des finances publiques destiné à éclairer le débat public en amont de la préparation des textes financiers qui seront présentés au Parlement à l'automne. La France vient de traverser deux années noires en matière de finances publiques. Après une dégradation inattendue du déficit public de 0,6 point de PIB en 2023, celui-ci s'est de nouveau creusé de 0,4 point en 2024 pour s'établir à 5,8 %, soit 168,6 Md€. Cette dérive ne doit rien à des circonstances extérieures : elle est la conséquence d'hypothèses trop favorables sur la croissance et les recettes, mais surtout d'une incapacité à maîtriser la dynamique de la dépense et à engager des efforts d'économies pérennes. Ces deux années de dérive ont conduit à doubler les efforts d'ajustement nécessaires au retour du déficit sous 3 points de produit intérieur brut (PIB) d'ici la fin de la décennie : ceux-ci représentent désormais un montant de près de 105 Md€ à l'horizon 2029 rapporté aux tendances enregistrées avant-crise, contre environ 50 Md€ il y a deux ans. Exigeante et difficile, cette reprise de contrôle de nos finances publiques dès 2026 est impérative à la soutenabilité de la dette, à laquelle la Cour consacre cette année un chapitre spécifique.

► Le bon usage des produits de santé

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-09/20250905-Bon-usage-des-produits-de-sante.pdf>

Les produits de santé, entendus dans ce rapport comme les médicaments et dispositifs médicaux à usage indi-

viduel, sont prescrits et dispensés aux patients afin d'établir un diagnostic ou de les soigner. Pour garantir leur bon usage, les pouvoirs publics doivent être en mesure d'assurer non seulement l'effectivité de leur utilisation, mais également la conformité de celle-ci par rapport aux bonnes pratiques et aux recommandations sanitaires. L'efficacité de leur acquisition, c'est-à-dire le recours aux médicaments et dispositifs médicaux qui sont les moins onéreux pour des niveaux de qualité et de sécurité comparables, constitue également une composante du bon usage des produits de santé. Au regard des multiples enjeux qui s'attachent au bon usage des produits de santé (I), les pouvoirs publics doivent remédier à leur large méconnaissance de l'usage de ces produits, en développant des systèmes d'information à destination des professionnels de santé ou des patients (II). Les actions contribuant au bon usage des produits de santé doivent également être renforcées non seulement au stade de la prescription et de la dispensation de ces derniers, mais aussi au moment de leur production (III).

► **Cahier statistique des institutions de prévoyance : Données chiffrées 2024. Édition 2025**

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE
2025

Paris, C.T.I.P.

<https://www.ctip.asso.fr/publications/cahier-statistique/cahier-statistique-panorama-de-lactivite-des-institutions-de-prevoyance/>

Chaque année, le cahier statistique du CTIP rend compte des chiffres clés des institutions de prévoyance et des données du marché de l'assurance : activité ; nombre d'adhérents et de participants, financement de l'économie et action sociale. L'édition 2025 du cahier statistique valorise la gestion responsable des institutions de prévoyance, l'efficacité de leur modèle, et leur engagement constant pour répondre de façon qualitative aux besoins des salariés et des entreprises. En 2024, les institutions de prévoyance ont consacré 158 millions d'euros à l'action sociale soit une augmentation conséquente de +17 % par rapport à 2023. Ces aides sont destinées en majorité à la prise en charge des cotisations santé, au financement d'organismes de prévention et à l'adaptation des logements pour les personnes handicapées.

► **Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025**

DELECOURT, C. ET DIDIER, M.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Panoramas de la Drees).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-infographie-documents-de-reference/250930-Panorama-d%C3%A9penses-de-sant%C3%A9>

En 2024, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 333 milliards d'euros. Elle progresse de 3,6 % sur un an après +3,4 % en 2023, ce qui est une des plus faibles progressions d'Europe. Parmi les postes à croissance rapide, les coûts de gestion du système de santé augmentent de 4,9 %, en particulier ceux des organismes complémentaires. Les dépenses de prévention progressent légèrement (+0,9 %), après avoir diminué de 50,4 % entre 2021 et 2023 avec la sortie progressive de la crise sanitaire. Les dépenses de soins de longue durée augmentent de 3,4 % entre 2023 et 2024. La part de la DCSi dans le PIB demeure stable à 11,4 % comme en 2023.

► **Reducing Spending and Enhancing Value in the U.S. Health Care System**

U.S. GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE
2025

Washington, G.A.O.

<https://www.gao.gov/products/gao-25-107465>

For many years, GAO has raised the alarm about the federal government being on an unsustainable long-term fiscal path. One of the key drivers of federal debt is spending on federal health programs, such as Medicare and Medicaid. Spending on federal health programs is projected to increase at a faster rate than the gross domestic product (GDP) over the next 30 years. As the population ages and health care costs increase, GAO projects that federal spending on health care programs will be 8.5 percent of the GDP in 30 years. Efforts to contain these costs have been met with mixed success. On October 22, 2024, GAO convened a diverse panel of 30 health care experts to focus on the challenges of health care spending. The purpose of the panel was to help advance the dialogue and identify issues associated with one of the most perplexing problems facing the government. It comprised federal government officials, academics, researchers, clinicians, and industry experts who represented a range of expertise and experiences. Participants discussed approaches to reduce

health care spending and enhance value received for that spending, among other things.

► **Creative Financing and Public Moral Hazard: Evidence from Medicaid and the Nursing Home Industry**

HACKMANN, M.B., ROJAS, J.S. ET ZIEBARTH, N.R.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34118)
<https://www.nber.org/papers/w34118>

This paper studies the misallocation of Medicaid funds, its consequences for reimbursement rates, the quantity, and the quality of care provided. Combining two decades of administrative, audit, and survey data on U.S. nursing homes, we show that states employ creative financing schemes to divert federal matching funds from their intended purposes. Our theoretical and empirical analysis demonstrates that, to increase federal matching funds, such schemes distort the quality-quantity tradeoff. In Indiana, exploiting plausibly exogenous variation in the rollout of a creative financing scheme, we find a disproportionate expansion of Medicaid-funded care for dementia patients in the lowest-quality nursing facilities.

► **Pour un redressement durable de la Sécurité sociale**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE
2025

Paris, H.C.A.A.M.
<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/pour-un-redressement-durable-de-la-securite-sociale.html>

Face à la situation financière préoccupante de la sécurité sociale, les Hauts Conseils appellent à une action rapide et structurée pour redresser les comptes, comme cela a été fait entre 2011 et 2019. Ils préconisent une stratégie durable, équitable et cohérente, qui n'oublie pas la couverture des besoins essentiels, notamment pour les plus vulnérables. Le redressement doit produire des effets à court terme tout en respectant des principes fondamentaux (neuf sont proposés), s'inscrire dans une stratégie pluriannuelle, et s'accompagner d'une réforme de l'action publique et d'une simplification administrative. Tous les acteurs (assurés, employeurs, professionnels de santé) doivent contribuer à cet effort, dans un esprit de justice contributive.

Il est aussi essentiel d'utiliser les ressources publiques de manière plus efficiente, sans compromettre la cohérence des politiques sociales. La sécurité sociale joue un rôle clé dans l'augmentation du taux d'emploi et la création de richesse. Le développement de la prévention, l'adaptation aux défis démographiques (vieillesse, baisse de la natalité), et la lutte renforcée contre la fraude sont également des axes prioritaires.

► **Une histoire économique et sociale. La France, de la Préhistoire à nos jours**

HAUTCOEUR, P.C. ET VIRLOUVET, C.
2025

Paris, Passés / Composés

Raconter et comprendre l'histoire économique et sociale de la France, des origines de son peuplement jusqu'aux développements les plus récents, tel est l'objectif qui a rassemblé les quelque soixante-dix spécialistes – historiens, économistes, mais aussi archéologues, préhistoriens, géographes, politistes et sociologues – qui signent collectivement ce texte sous la direction de Catherine Virlouvet et de Pierre-Cyrille Hautcœur. De la Préhistoire à nos jours, et portant d'abord leur attention sur les ressources, naturelles et humaines, les auteurs envisagent les activités et les échanges, mais aussi les institutions politiques et religieuses en ce qu'elles ont influencé et structuré l'économie et la société française, sur la longue durée, et jusque dans son quotidien. Un portrait original et passionnant de la France et de ceux qui l'ont habitée (4^e de couv.).

► **Causes et effets de la financiarisation du système de santé**

L'AVENIR, F., PILLOUX, A. ET MARIANI, L.
2025

Paris, I.G.A.S.
<https://igas.gouv.fr/causes-et-effets-de-la-financiarisation-du-systeme-de-sante>

Dans un contexte marqué par des évolutions profondes de l'offre de soins en France, des craintes se sont exprimées sur la « financiarisation de la santé » et sur ses conséquences. Pour faire le point sur ce que recouvre cette notion et sur ses enjeux, l'Igas et l'IGF ont analysé ses causes, ses mécanismes et ses conséquences. Soigner n'est pas une activité comme une autre : l'investissement privé ne doit pouvoir s'y déployer qu'en contribuant à l'amélioration durable de la qualité et

de l'accessibilité des soins, dans le respect de l'indépendance d'exercice des professionnels. C'est pour le régulateur un défi nouveau, qui suppose une évolution du système réglementaire et tarifaire, notamment vers plus de transparence, de réactivité et de prévisibilité.

► **Les dépassements d'honoraires.
Pratiques des médecins, part dans leurs
revenus et impacts pour les patients**

LEGAL, R., VINCENT, R. ET BONAL, M.
2025

Paris, I.R.D.E.S. (Les rapports de l'Irdes 596)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/596-les-depassements-d-honoraires-pratiques-des-medecins-part-dans-leurs-revenus-et-impacts-pour-les-patients.pdf>

Les dépassements d'honoraires des médecins sont aussi anciens que l'Assurance maladie. Pour autant, c'est réellement avec la convention médicale de 1980, qui crée le secteur 2, que ces dépassements connaissent véritablement leur essor. Leur montant n'a cessé de progresser depuis, pour atteindre 4,5 milliards d'euros en 2024. Parmi les médecins spécialistes libéraux, plus d'un sur deux exerce en secteur 2 en 2024 et cette proportion est amenée à croître à l'avenir, compte tenu de l'attrait pour le secteur 2 des nouvelles générations de médecins. Pour les professionnels, les dépassements d'honoraires apportent des compléments de revenus importants, mais génèrent des disparités de revenus avec les médecins de secteur 1. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires peuvent conduire les médecins à réduire leur activité, et donc la quantité totale de soins délivrés. Pour les assurés, les dépassements peuvent potentiellement alourdir significativement les restes à charge, notamment pour ceux ayant une faible couverture complémentaire et de faibles ressources financières. Pour autant, il n'est pas toujours possible de les éviter : dans certaines zones géographiques, il n'existe plus d'offre en secteur 1, ce qui conduit à supporter inéluctablement des dépassements en cas de recours aux spécialistes. Pour éclairer ces questions, l'Irdes a réalisé plusieurs travaux, avec le soutien financier du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), regroupés dans ce rapport. La première étude met en évidence une forte hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires entre les médecins d'une même spécialité. Pour de nombreuses spécialités, pratiquer des dépassements plus élevés permet d'augmenter les revenus tout en réalisant moins d'actes. De forts effets d'âge dans les niveaux de dépassements pratiqués sont également mise en évidence, mais sans

effets de générations marqués. La deuxième étude analyse, pour les médecins de secteur 2 et dans chaque spécialité, la part des revenus issue des dépassements d'honoraires, la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre secteurs et à la progression du revenu moyen entre 2005 et 2021. Les résultats sont fortement contrastés entre les spécialités. La troisième analyse, pour quatre épisodes de soins, les montants atteints par les dépassements lorsqu'ils se cumulent sur plusieurs actes et médecins au cours d'un épisode de soins. Elle montre que les dépassements sont fréquents, et que leurs montants cumulés peuvent être conséquents pour les patients. Dans certains départements, les patients des communes défavorisées non protégés par la Complémentaire santé solidaire (C2S) sont confrontés à des dépassements fréquents et élevés. La quatrième étude porte sur une sélection de 14 actes techniques et montre que la concentration des dépassements chez les patients des communes les plus favorisées est plus ou moins importantes selon les actes, et d'autant plus marquée que l'offre à tarif opposable est importante. Enfin, la dernière étude explore, sur le même champ, la question du « tact et mesure ». L'approche utilisée appelle des travaux complémentaires, mais les résultats semblent indiquer que la modulation des tarifs en fonction des caractéristiques sociales des patients est peu répandue.

► **Healthcare Resource Utilization and Cost
Burden of Covid-19 Cases in Ontario,
Canada, 2021-2023**

MCDONALDS, C., GRAJALES, A. ET AIT YAHIA, N.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5290948

Aims: This study aims to describe healthcare resource utilization (HCRU) and cost burden associated with COVID-19 cases in Ontario, Canada, and assess variations by vaccination status. **Methods:** We conducted a population-based retrospective cohort study using administrative health data from Ontario, focusing on COVID-19 cases from January 1, 2021, to May 31, 2023. Cases were identified by their first positive PCR test, and their healthcare interactions were followed for up to 12 months post-infection. All-cause HCRU and direct healthcare cost were compared before and after infection using generalized linear models. **Results:** Data from a total of 1,321,174 COVID-19 cases were analyzed, with 87% having at least one healthcare inter-

action in the year preceding their infection. All-cause HCRU increased post-infection, with the greatest rise observed in the first month, primarily driven by hospitalizations (Mean [SD] hospitalizations per person per month [PPPM] at Month 1 vs. Look-back: 1.1 [0.3] vs. 0.1 [0.1], $p < .0001$) and ICU admissions (mean [SD] admissions PPPM at Month 1 vs. Look-back: 1.0 [0.1] vs. 0.1 [0.0], $p < .0001$). The mean [SD] healthcare cost per person rose in both the six and twelve months pre- versus post-infection. This increase is primarily driven by ICU admission, hospitalization, and mechanical ventilation costs. On average, vaccinated individuals exhibited smaller increases in ICU costs (vaccinated: +CAD 5,838 to CAD 18,730 vs. unvaccinated: +CAD 24,597) and hospitalization costs (vaccinated: +CAD 623 to CAD 5,201 vs. unvaccinated: +CAD 9,072) six months post-infection compared to unvaccinated cases. Conclusions: Data from this study cohort suggests that COVID-19 strains healthcare resources, namely because of hospitalization and mechanical ventilation. Vaccinated individuals demonstrated a reduced burden compared to their unvaccinated counterparts. These findings underscore the importance of vaccination in reducing severe outcomes and healthcare costs, providing insights for public health strategies and individual patient counseling.

► **Best Practice in Institutionalising Health Accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2025

Paris, O.C.D.E. (OECD Reviews of Health Systems)

https://www.oecd.org/en/publications/best-practice-in-institutionalising-health-accounts_cf997130-en.html

Comprehensive tracking of health expenditure is essential to assess the performance of health systems and to support evidence-based decision making. For this reason, nearly all OECD countries produce annual data on health expenditure and financing based on an international accounting framework: the System of Health Accounts. However, the way in which this framework is implemented must reflect national health system characteristics, country-specific priorities and other considerations. This report provides the first in-depth analysis on the state of institutionalisation of the production of health accounts in 13 OECD countries. These experiences tease out good practices regarding the governance of the production process, the technical aspects of producing health accounts, and the dissemination of

the results, including their use to inform policy making. The report will benefit all countries that have not yet fully institutionalised health accounts as well as those that wish to review and refine some aspects of their institutionalisation practice.

► **Healthcare Costs and Increasing GDP Spending: What Can Be Done?**

SELLERS, M.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5226189

The cost of healthcare and healthcare spending continue to rise in the United States, pushing the proportion of gross domestic product (GDP) spent on healthcare (both consumer healthcare spending and government healthcare spending) to exponential heights (CMS, 2022b). Spending is rising mainly because there is no attempt by government to stabilize prices. The economy on its own does not regulate healthcare pricing. Spending on healthcare is not like buying bananas. Healthcare pricing does not react in the same way to supply and demand as other consumer goods. The medical, pharmaceutical, and medical technology industries press the government to keep the healthcare pricing system the way it is, unregulated. This article will explain why government does not need to regulate healthcare prices, nor create a single-payor system, to get a handle on healthcare spending. Government can regulate certain aspects of healthcare as explained in this article, avoiding dictating healthcare prices, and in doing so, shift spending from healthcare to other consumer goods and services.

► **Financements publics et restes à charge des maladies chroniques en France et dans les pays de l'OCDE**

SUHARD, V.

2025

Paris, I.R.D.E.S. (Synthèses & Bibliographies)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/financements-publics-et-restes-a-charge-des-maladies-chroniques.pdf>

Cette bibliographie a pour objectif d'analyser plus particulièrement la question du financement des soins pour les patients souffrant de maladies chroniques en France et dans les pays de l'OCDE. La première partie propose des données de cadrage sur les maladies chroniques. La deuxième section aborde la question

du financement sous deux angles complémentaires : l'augmentation des dépenses de santé du côté de l'assurance maladie et le reste à charge pour les patients.

► **Efficiency over Expenditure: Evaluating the Drivers of Life Expectancy in European Healthcare Systems**

VASSALLI, L. ET VOJNOVIC, J.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5328844

This paper examines the causal relationship between healthcare expenditure and population longevity outcomes across European nations, interrogating whether fiscal allocation magnitude or systemic efficiency constitutes the primary determinant of health

outcomes. We work with a panel of 40 European countries over the period between 2000 and 2021, utilizing both fixed effects estimation and quasi-experimental design. We find that the direct positive association of public spending with life expectancy dissolves when controlling for system factors. Conversely, governance quality emerges as paramount. Higher government effectiveness enhances health infrastructure productivity and strongly predicts national resilience during the COVID-19 shock, controlling for spending levels. Evidence also suggests complementarity between public and private financing. We conclude that achieving longevity gains in Europe depends less on aggregate expenditure increases and more critically on improving governance and systemic efficiency. Institutional capacity, not merely resource quantity, dictates health system performance and resilience.

Environnement et santé

Environmental Health

► **Impacts économiques de la pollution de l'air en Île-de-France**

AIRPARIF

2025

Paris, Airparif

<https://www.airparif.fr/Études/2025/impacts-economiques-de-la-pollution-de-lair-en-ile-de-france>

À l'heure de l'anniversaire de l'Accord de Paris, Airparif publie une évaluation inédite de l'impact économique de la pollution de l'air en Île-de-France. Cet impact, incluant les effets sanitaires et non sanitaires ainsi que les actions de lutte contre la pollution de l'air s'élève à 28 milliards d'euros par an. Sur une période de dix ans, les actions d'amélioration de la qualité de l'air ont ainsi permis d'éviter un impact économique de 61 Md € (pour les seules particules fines PM2.5) pour un coût engagé dans ces actions dix fois inférieur. Au-delà des bénéfices sanitaires, patrimoniaux et agricoles, cette amélioration présente également des cobénéfices significatifs sur le plan climatique. Ces résultats constituent des éléments clefs pour éclairer la décision publique à l'heure de la mise en application des normes de la nouvelle directive européenne visant à protéger la santé des populations, et dont le non-res-

pect entraînerait aussi des conséquences financières.

► **Measuring greenhouse gas emissions in the health sector**

DOUCET, C.

2025

Paris, O.C.D.E. (OECD Health Working Papers 184)

https://www.oecd.org/en/publications/measuring-greenhouse-gas-emissions-in-the-health-sector_4d15c6ef-en.html

There has been increased policy attention to the close links between a changing climate and health, and to the contribution of the health sector to overall greenhouse gas (GHG) emissions. Many countries have policies in place to decarbonise their health systems but monitoring progress requires robust measures. While several studies exist on an international level to measure the carbon footprint of the health sector, they are either outdated or lack in granularity. This document presents the first estimates on GHG emissions associated with the health sector for all OECD countries for the year 2018, based on a modelling approach using OECD's Inter-Country Input-Output (ICIO) tables in combination with OECD's annual health expenditure data col-

lection. Results show that at the aggregate level, the health sector accounted for 4.4% of all demand-based GHG emissions across the OECD. Hospitals, medical goods and the outpatient sector were responsible for around three-quarters of all health-related GHG emissions. Nearly four-fifths of all emissions associated with the health sector can be attributed to supply chains.

► **Decarbonising Health Systems Across OECD Countries**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/decarbonising-health-systems-across-oecd-countries_5ac2b24b-en.html

Health systems account for over 4% of total greenhouse gas emissions in OECD countries, making them a significant contributor to the carbon footprint. As populations age and demand for healthcare rises, the environmental footprint is likely to grow without policies to address the issue. At the same time, governments face increasing pressure to deliver care efficiently within tight health budgets. This report examines how OECD countries are addressing this challenge, discussing policies that both deliver high-quality health services and improve health outcomes, and reduce the carbon footprint. While awareness of the health sector's environmental impact is increasing, targeted, health system-specific policies are still at an early stage in many countries. The report highlights how policies that reduce waste and low-value care can both improve health systems' efficiency and population health outcomes while also lowering emissions. It further suggests that progress towards reducing health systems' environmental impact remains impaired by limited data on healthcare-related emissions and the sector's broader environmental effects.

► **La soutenabilité environnementale des systèmes de santé : Une revue de littérature sur l'empreinte écologique des systèmes de santé et les mesures visant à réduire son impact : vers un cadre d'action en France**

SEPPANEN, A.V. ET OR, Z.

2025

Paris, I.R.D.E.S. (Les rapports de l'Irdes 595)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/595-la-soutenabilite-environnementale-des-systemes-de-sante.pdf>

Le réchauffement climatique constitue une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé. En même temps, les activités de soins ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au réchauffement climatique. Le rôle joué par les soins dans ce phénomène reste néanmoins largement sous-estimé dans les politiques publiques. Il apparaît donc urgent d'identifier les mesures susceptibles de réduire l'impact environnemental du système de santé, et de développer des stratégies visant à garantir sa soutenabilité environnementale. Ce rapport présente les résultats de deux revues de littérature complémentaires : la première propose un panorama des principales sources de pollution et des principaux domaines du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique ; la seconde identifie un échantillon représentatif des mesures mises en œuvre dans les pays industrialisés – et leur impact estimé – pour réduire l'empreinte écologique des activités de soins. A partir des résultats de ces deux revues de littérature, nous proposons un cadre d'action holistique visant à améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé en France. Dans tous les secteurs, il existe de nombreuses interventions « vertes » ayant été démontrées comme efficaces pour réduire l'empreinte écologique des soins, telles que la réduction et le recyclage des déchets, le passage à des anesthésiques moins polluants et à des sources d'énergie propres. Pour autant, celles-ci resteront insuffisantes tant qu'elles ne seront pas accompagnées de stratégies de soutenabilité visant à transformer la façon dont les soins sont dispensés et consommés, à assurer la pertinence des soins et à atténuer les besoins en santé pour soutenir une consommation plus durable. En ce sens, notre cadre d'action identifie, à travers des exemples concrets, divers types de mesures à mettre en œuvre simultanément afin de réduire les sources directes et indirectes de pollution dans le secteur de la santé.

État de santé

Health Status

► **Parcours de soins des personnes atteintes de Covid Long : Retours d'expérience des personnes majeures en régions Bretagne et Occitanie**

#APRESJ20 - ASSOCIATION COVID LONG FRANCE
2025

Lucé, #AprèsJ20 - Association Covid Long France

https://www.apresj20.fr/_files/ugd/9a4913_b63efa54966d453e8d26e114078188cf.pdf

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) a financé une étude pilotée par l'association #AprèsJ20, dont les objectifs sont d'informer, de soutenir les malades et leurs proches, mais également de collaborer avec les acteurs de santé pour une reconnaissance du Covid long et une meilleure prise en charge. L'objectif de cette étude était d'établir pour la première fois un état des lieux, du point de vue des patients, de leur prise en charge au titre du Covid long afin notamment d'identifier les axes d'améliorations. Les résultats mettent entre autres en lumière l'errance médicale des 412 patients interrogés, leur souffrance et un besoin d'optimisation du parcours de soin.

► **Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales**

GODET, F., COSTEMALLE, V. ET AUBINEAU, Y.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1342)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250708_ER_mortalite-en-france-en-2023

La publication détaille les disparités territoriales de la mortalité par cause en 2023. Elle présente également une première estimation des causes de décès en 2024. Cette étude s'appuie sur la statistique nationale des causes de décès produite par le CépiDc de l'Inserm à partir du recueil exhaustif et de l'analyse des volets médicaux des certificats de décès.

► **Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2025

Saint-Denis La Plaine, H.A.S.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634754/fr/parcours-de-soins-du-patient-adulte-vivant-avec-un-diabete-de-type-2

Ce guide décrit les soins, l'accompagnement et le suivi global de l'adulte vivant avec un diabète de type 2, en complément des nouvelles recommandations de bonne pratique « Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2 ». Il détaille le rôle et la place des différents professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social. Il aborde leurs modalités de coordination dont le recours à la télésanté, possible tout au long du parcours.

► **En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses**

VILAIN, A. ET FRESSON, J.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1350)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250925-ER-ivg-en-france-en-2024>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur les recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dont le nombre continue d'augmenter en 2024. Cette publication annuelle fait le bilan du profil des femmes qui ont recours à l'IVG (âge, département de résidence, terme de la grossesse), des lieux de réalisation (établissements de santé, cabinets de ville, centres de santé), des professionnels impliqués (médecins et sage-femmes) et des méthodes utilisées (médicamenteuse et instrumentale). Les chiffres détaillés par département et région sont disponibles en série depuis 2016 en open data sur le site de la Drees.

Geography of Health

► **Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale ?**

CHEVILLARD, G., VENTELOU, B., VERGER, P., *et al.*
2025

Paris, I.R.D.E.S. (Questions d'économie de la santé 301)

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/qes-301-comment-les-medecins-generalistes-s-adaptent-ils-a-la-sous-densite-medecale.html>

L'offre de médecins généralistes se raréfie sur l'ensemble du territoire français, avec une intensité plus forte dans les zones déjà sous-dotées. Les médecins généralistes (MG) sont soumis à de multiples contraintes liées à la nécessité de maintenir l'accessibilité à une offre de soins de qualité dans un environnement de travail dégradé, notamment par les évolutions conjointes de l'offre et de la demande de soins, en particulier la baisse significative du nombre de médecins formés et le vieillissement de la population. Face à ces transformations des conditions d'exercice, il est important d'analyser les différentes formes d'adaptation mises en œuvre par les MG libéraux. Ce Questions d'économie de la santé présente une synthèse des enseignements de différents travaux multidisciplinaires réalisés entre 2019 et 2023, dans le cadre d'un projet baptisé Rosam (Raréfaction de l'offre de soins et adaptations des médecins généralistes). Quatre stratégies individuelles et collectives sont analysées ici : l'évitement, c'est-à-dire le départ du territoire ou l'arrêt de l'activité ; l'ajustement du temps de travail des médecins ; la modification de l'organisation des soins et du cabinet, notamment le regroupement en maison de santé pluriprofessionnelle ; enfin, les changements dans les pratiques médicales. Les résultats montrent que les médecins développent plusieurs registres d'adaptation, lesquels semblent tantôt les protéger face aux difficultés, tantôt suggérer un risque de « mal-adaptation » (adaptation aggravant de manière non intentionnelle la vulnérabilité face à une situation), avec une capacité de réponse à la demande de soins encore amoindrie.

► **Dans le Grand Est, un quart des habitants des espaces ruraux sont éloignés d'un professionnel de santé**

KAUFFMANN, P. ET RICHARDS, M.
2025

Strasbourg, I.N.S.E.E. (Insee Analyses Grand Est 199)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8638904>

En 2023 dans le Grand Est, l'accès à un service de santé varie selon le type de territoire, urbain ou rural, et le type de praticiens. La part de population éloignée d'un professionnel de santé est plus élevée dans les zones rurales, particulièrement pour les praticiens de « premier contact ». Le temps de trajet moyen par la route pour consulter un spécialiste est presque cinq fois plus long que pour les autres professionnels, et encore davantage dans les espaces ruraux. Cependant la part des personnes éloignées d'un praticien de premier contact, d'un spécialiste ou d'un hôpital est plus élevée en France métropolitaine. Dans une commune de la région sur huit, les habitants cumulent une faible accessibilité à au moins trois professionnels de premier contact, en nombre de consultations ou de professionnels disponibles. Les départements alsaciens se distinguent par une meilleure accessibilité aux soins que la moyenne régionale et nationale.

► **Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes**

LUCAS-GABRIELI, V., BONAL, M., MANGENEY, C., *et al.*
2025

Paris, I.R.D.E.S. (Les rapports de l'Irdes 596)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/597-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-specialistes.pdf>

La France, comme de nombreux pays, est confrontée à des problèmes de raréfaction et d'inégale répartition territoriale de l'offre de soins pour les soins de santé primaires comme pour les soins spécialisés. Parallèlement, les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Solidarités et de la Santé prévoient une baisse de la densité médicale française dans les prochaines années, qui concernerait plus particulièrement l'offre de soins en médecine libérale. Dans ce contexte, la mesure des niveaux d'accessibilité

spatiale aux soins médicaux est un enjeu pour qualifier la situation des territoires. En France, les indicateurs de type X step Floating Catchment Area déclinés sous la forme de l'accessibilité potentielle localisée (APL) pour un certain nombre de professions de santé relevant des soins primaires permettent de mesurer les disparités locales (entre communes) sur l'ensemble du territoire. Nous proposons dans ce rapport les adaptations nécessaires de l'indicateur APL) pour son application aux médecins exerçant dans le champ de la médecine spécialisée ambulatoire, en intégrant à la caractérisation de l'offre une dimension tarifaire. L'exercice est centré sur trois spécialités (cardiologues, dermatologues, ophtalmologistes). L'objectif est cependant de proposer une méthodologie généralisable ou, du moins, adaptable à d'autres spécialités médicales. Calculée à l'échelle de la commune, l'APL met en évidence les disparités locales d'accessibilité spatiale aux soins dans le champ des soins primaires. Pour ces trois spécialités aux caractéristiques différentes, un constat analogue peut être fait. Ces disparités se manifestent, dans la plupart des départements, sous la forme d'un gradient, allant des plus grands pôles urbains où l'offre est beaucoup plus disponible et accessible jusqu'aux marges départementales, où l'accessibilité est nettement plus faible. On retrouve, en lien avec le niveau d'urbanisation des départements (mais pas seulement), des régions bien mieux dotées que d'autres (l'Île-de-France, l'Alsace, le pourtour méditerranéen notamment). Par ailleurs, l'accessibilité varie de manière significative si l'on considère les pratiques tarifaires de ces spécialités. Ainsi, pour les ophtalmologistes, l'accessibilité moyenne est réduite, comparativement à une accessibilité à l'ensemble de l'offre, respectivement de 25 % pour une offre disponible à dépassements modérés et de 50 % pour une offre disponible au seul secteur 1 (sans dépassement). Ce constat concerne tous les types d'espaces, des communes rurales isolées – déjà faiblement dotées – aux très grands pôles. Pour les dermatologues, l'impact des pratiques tarifaires sur le niveau d'accessibilité est identique, mais d'une moindre ampleur. Pour les cardiologues, l'impact des pratiques tarifaires sur l'accessibilité est très faible et concentré spatialement dans certains départements ou régions très urbanisés, en particulier dans les grands pôles où l'accessibilité semble reposer un peu plus sur une offre de secteur 2, et en particulier une offre à dépassements plus importants. Pour les trois spécialités, et quelles que soient les pratiques tarifaires, il existe un gradient d'accessibilité selon lequel celle-ci est plus faible pour les communes les plus pauvres, et plus élevée pour les communes les plus riches.

► **Une seule santé : des concepts à la mise en application territoriale**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

2025

Paris, O.R.S. d'Île-de-France

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/une-seule-sante-des-concepts-a-la-mise-en-application-territoriale/>

À la faveur des dernières crises sanitaires dont la pandémie de covid-19, ce concept a été introduit et adopté progressivement par les institutions internationales spécialisées et par les États. Cette approche s'appuie sur des collaborations entre médecine vétérinaire et médecine humaine et la connaissance des écosystèmes. Elle cherche à dépasser les limites traditionnelles entre les disciplines qui tendent à fragmenter les savoirs et à travailler de façon plus systémique en faisant collaborer médecins, vétérinaires, écologues, agronomes, responsables locaux afin de mieux identifier et anticiper des problématiques à l'interface des santés humaine et animale et des écosystèmes. L'approche sort d'une vision purement anthropocentrée de la santé. Les différents acteurs territoriaux cherchent à mettre en pratique cette approche considérée comme prometteuse. L'ORS Île-de-France a été mandaté, à travers son réseau Isée, pour développer une expérimentation territoriale « une seule santé ». Cette synthèse vise, en parallèle de cette expérimentation, à éclairer les acteurs franciliens sur le concept et ses origines ainsi que sur ses perspectives de mise en application.

Disability

► **9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021**

BLAVET, T.

2023

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1255)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/Études-et-resultats/93-millions-de-personnes-declarent-apporter-une-aide-reguliere-un>

En France, en 2021, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, que cette personne vive dans le même logement ou ailleurs. Cette aide peut prendre la forme d'une aide aux activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou, pour les adultes, d'un soutien financier. Ainsi, 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs de 5 ans ou plus sont proches aidants, soit respectivement un sur six et un sur vingt d'entre eux. Près d'une personne sur quatre de 55 à moins de 65 ans se déclare proche aidant. La part de ces derniers augmente avec l'âge jusqu'aux alentours de 60 ans, puis tend à décroître ensuite. Les femmes déclarent plus souvent apporter une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne ou un soutien moral, alors que les hommes apportent plus souvent une aide financière. La part de proches aidants fournissant une aide régulière aux activités de la vie quotidienne – aide qui nécessite une proximité géographique avec le proche aidé – est plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les Hauts-de-France et en Corse, territoires qui comptent également, à âge donné, un pourcentage plus élevé de personnes handicapées, que ce soit au titre d'une limitation sensorielle, physique ou cognitive sévère, ou bien au titre d'une forte limitation plus globale dans les activités de la vie quotidienne.

► **The Time Cost of a Disability**

HAMERMESH, D.S. ET MYCK, M.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34068)

<https://www.nber.org/papers/w34068>

We consider how a physical disability alters patterns

of time use. A disability may raise the time cost of all activities; of some—making them differentially less worth doing; or it may make switching activities more costly. The first yields no predictions about time use, but the latter two possibilities both predict that fewer activities will be undertaken, with more time spent on each. These explanations describe our findings based on non-working ATUS 2008-22 respondents ages 70+, 32 percent of whom self-assess a disability. Data from the Polish Time Use Survey, where disability is medically certified, show similar results; and they demonstrate the same loss of variety over multiple days. Remarkably similar basic results are found using homogenized British, Canadian, French, Spanish, and Italian time-diaries. Overall, a mobility/physical disability leads an otherwise identical person to engage in over 10 percent fewer activities on a typical day. The lost variety represents extra costs equivalent to data from six countries to over twice the average annual income among older individuals in the country.

► **Handicap chez les jeunes de 5 à 20 ans : mesurer et comprendre une diversité de situations**

MBAYE, L.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1347)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250911-ER-handicap-chez-les-jeunes>

La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude à partir du nouveau dispositif des enquêtes Autonomie. Elle apporte un éclairage sur le nombre de jeunes de 5 à 20 ans en situation de handicap à domicile et détaille leurs limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité.

► **Cancer et handicap psychique : Obstacles et Potentiels**

MEIDANI, A.

2023

Paris, F.I.R.A.H.

<https://www.firah.org/fr/cancer-et-handicap-psy.html>

Cette recherche-action, interroge les liens entre le cancer et les troubles psychiques. Son objectif global était de définir et d'observer, pour les personnes avec un trouble psychique, les liens que la situation de handicap entretient avec l'expérience cancéreuse (soupçonnée ou diagnostiquée) et, plus largement, avec la santé somatique.

► **Heterogeneous Disability Shocks and the Dynamics of Income, Employment, and Partial Insurance**

MILLARD, R.G.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5223238

This study analyzes the longitudinal effects of disability onset, differentiating disability types based on the activities they impair. It employs Canadian survey data linked with administrative tax filings to estimate disability type-specific effects on disaggregated incomes in the ten years following onset, contrasting heterogeneity in effects, and identifying partial insurance gaps across types. The analysis reveals that mental-cognitive disabilities result in larger and more persistent declines in market income relative to physical disabilities. Furthermore, while the tax and transfer system provides partial income insurance post-disability onset, its effectiveness varies by disability type, with minimal support observed for mental health-related disabilities. A welfare analysis of these results suggests that disability benefits are suboptimal for several types, especially mental health-related disability.

Hôpital

Hospital

► **Foisted: The Spillover Effects of Hospital Mergers on Costs and Utilization**

ARNOLD, D. ET RADHAKRISHNAN, N.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5265291

Market power enables firms to restrict quantities and provide services to higher-paying consumers. We study this question using hospital mergers over the 2011 to 2022 period. Consistent with previous work, we find mergers lead to own-hospital reductions in staffing and patient volume, which are driven by decreases in lower-paying public patients. We also find decreases in births, which are heavily paid for by Medicaid. Where do these patients and providers go? We find corresponding increases in public payer volume, staffing, and procedure volume at non-merging neighboring hospitals. In addition, per-procedure discharge costs increase, and operating margins decrease at non-merging hospitals. These increases in lower-paying patient populations and operating costs contribute to a nearly 40% increase in the likelihood of non-merging hospital exit. Overall, our collection of findings documents

on how hospital mergers have understudied spillover effects on patient access to care and market stability.

► **Organisation and financing of intensive care services in Belgium**

BOUCKAERT, N., LEFEVRE, M. ET VAN DEN HEED, K.
2025

Bruxelles, K.C.E. (KCE Report 404BS)

<https://kce.fgov.be/fr/organisation-et-financement-des-soins-intensifs-en-belgique>

La pandémie du COVID-19 a clairement montré que les soins intensifs sont absolument cruciaux... mais ils revêtent aussi une importance vitale en-dehors de tout contexte de crise, par exemple après une transplantation ou un grave accident. La capacité dans ce domaine est toutefois mise sous pression par le manque de personnel et par le vieillissement de la population. La Belgique dispose d'un grand nombre de lits de soins intensifs, mais les soins sont morcelés, répartis de manière inégale et pas toujours bien alignés sur les besoins en soins. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) plaide en faveur d'une structure à

deux niveaux recouvrant d'une part des soins intensifs généraux, d'autre part des soins intensifs spécialisés, avec des critères d'agrément clairs. Chaque service des soins intensifs devra disposer d'au moins 12 lits. Un financement moins complexe et plus correct et une base de données nationale unique doivent améliorer la collaboration, la qualité et l'efficacité. Cette réforme s'inscrit dans une refonte plus large du paysage hospitalier.

► **Les établissements de santé en 2023 – Edition 2025**

CAZENAVE-LACROUTZ, A. ET BOISGUERIN, B.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Panoramas de la Drees)

https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/250522_Panorama_etablissements-de-sante2025

Le Panorama des établissements de santé propose, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2025 présente ainsi les données de 2023 relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer. Cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur leurs personnels et l'état de leurs finances. Il offre une analyse plus détaillée par activité, comme la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins médicaux et de réadaptation, les soins critiques ou encore la médecine d'urgence. Ces informations sont présentées à travers 24 fiches thématiques, accompagnées de tableaux, de graphiques et de cartes, ainsi que des références bibliographiques permettant d'approfondir les thèmes traités. 9 fichiers supplémentaires en ligne complètent les fiches thématiques et sont disponibles sur le site de la DREES. Figurent également en annexes, à la fin de l'ouvrage, un glossaire économique et financier, un descriptif du cadre juridique et institutionnel des établissements de santé, les grandes sources de données utilisées et une liste des sigles et acronymes.

► **La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 - Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024**

CAZENAVE-LACROUTZ, A., COURTEJOIE, N. ET DE CHAMPS, C.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1344)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250724_ER_degradation-des-comptes-financiers-des-hopitaux-publics

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie de premiers résultats sur les établissements de santé, portant sur leur activité en court et moyen séjour ainsi qu'en psychiatrie et aux urgences. Cette étude comporte aussi des premières estimations sur la situation financière des hôpitaux publics en 2024.

► **Expecting Harm? The Impact of Rural Hospital Acquisitions on Maternal Health Care**

DRANOVE, D., GAYNOR, M. ET GEDDES, E.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34159)

<https://www.nber.org/papers/w34159>

While numerous papers document the effects of mergers on cost and quality, the effects of hospital mergers on access to care are less certain. Merging hospitals may limit access by closing one of the affected hospitals or eliminating individual service lines. However, hospital systems may have more resources to improve care delivery. We study the impact of hospital mergers on obstetric care in rural markets, where there may be heightened concern about the availability of local care options. Using a differences-in-differences approach, we find that when rural hospitals are acquired, there are substantial increases in the probability of obstetric unit closures, with resulting large reductions in the number of births at the hospital. We find mixed effects on health outcomes: there are small increases in maternal morbidity, but no changes in newborn outcomes on average. However, there are improvements in newborns with Medicaid coverage. Additionally, we find decreases in maternal transfers and increases in procedures consistent with women delivering in more resourced hospitals.

► **L'avenir de l'HAD publique : mobiliser les territoires autour des GHT**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2025

Paris, F.H.F.

<https://www.fhf-hdf.fr/2025/09/23/lavenir-de-lhad-publique-mobiliser-les-territoires-autour-des-ght/>

La FHF présente ses propositions pour développer l'hospitalisation à domicile (HAD) publique en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce document détaille des pistes concrètes pour renforcer les coopérations territoriales et mutualiser les ressources. L'HAD est un lieu de soins à part entière qui a pleinement sa place au cœur des projets médico-soignants des GHT.

► **Do Higher-Cost Settings Deliver Better Outcomes? Post-Acute Care Efficiency in Medicare Skilled Nursing Facilities and Home Health Agencies**

GENG, F., GONG, J. ET GOZALO, P.L.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5288386

Determining the value of different post-acute care settings for clinically similar patients is important for providers and payers. This study examines the causal effect of post-acute care (PAC) setting on Medicare spending and short-term patient outcomes among beneficiaries discharged from hospitals following treatment for stroke, congestive heart failure (CHF), or hip fracture. Using 2013–2017 Medicare claims data, we implement an instrumental variable strategy that exploits daily variation in skilled nursing facility (SNF) bed occupancy at the hospital service area level to estimate the local average treatment effect of SNF versus home health agency (HHA) care. Our findings reveal no significant differences in 30-day mortality or rehospitalization rates between SNF and HHA care for stroke and CHF patients, while hip fracture results are less robust due to weaker instrument strength. SNF care is associated with substantially higher Medicare spending—over \$8,000 and \$5,000 more per episode for stroke and CHF patients, respectively—without evidence of improved outcomes for patients whose PAC needs can be addressed in either setting. These spending differentials are most pronounced in markets with more constrained SNF supply, highlighting ineffi-

ciencies in PAC referral patterns. Our results suggest that for clinically comparable patients, higher-intensity institutional PAC does not yield better claims-based outcomes and may lead to excess Medicare spending. These findings underscore the importance of aligning discharge decisions with both clinical need and economic efficiency, particularly under emerging value-based payment models.

► **Hospital Cost Reduction Strategies under Hybrid Reimbursement System: Care Shifting and Cost Unbundling**

JIANG, T. ET WANG, S.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5330061

While Diagnosis-Related Group (DRG) payment schemes are widely adopted to incentivize cost reductions, many countries and regions persist in using Fee-for-Service (FFS) payment for outpatient services. This hybrid reimbursement system may prompt providers to make strategic responses on reducing treatment cost, shifting mild inpatients to outpatient care, and unbundling a portion of inpatient costs as outpatient expenses. To evaluate the behavioral incentives of this payment structure and the associated impacts, we first examine the regulator's optimal solutions regarding cost reduction, care shifting, and cost unbundling aimed at maximizing social welfare. The analysis reveals that regulatory goals should be different according to providers' outpatient care capabilities. Based on the yardstick competition framework, we then investigate providers' equilibrium decisions. Our findings demonstrate that traditional yardstick competition fails to meet regulatory goals, as providers' cost unbundling behavior diminishes their incentives to reduce costs and shift care. To facilitate regulatory goals and enhance social welfare, we further propose several possible approaches. First, for providers with low outpatient care capabilities, a coarser DRG grouping model is advisable, whereas a finer model is more suitable for high-capability providers. Second, stringent monitoring and regulation of cost unbundling practices are essential. Additionally, for high-capability providers, implementing yardstick competition for minor inpatient treatments yields significant efficiency and should be recommended.

► **Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2023 - Le salaire net moyen diminue de 0,9 % en euros constants**

MOREAU, T., ANDRIAMBOAVONJY, T. ET DIXTE, C.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et Résultats 1343)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250723_ER_salaire-net-moyen

En 2023, un agent de la fonction publique hospitalière (FPH) perçoit en moyenne 2 842 euros nets par mois en équivalent temps plein ; cette moyenne prend en compte tous les salariés des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics de la FPH, qu'ils soient fonctionnaires, non fonctionnaires ou personnels médicaux. En euros courants, ce salaire net moyen augmente de 3,9 %. Compte tenu de l'inflation qui se maintient à un niveau élevé (+4,9 % en 2023, après +5,2 % en 2022), il baisse de 0,9 % en euros constants.

► **Labor and Product Market Power, Endogenous Quality, and the Consolidation of the US Hospital Industry**

SETZLER, B.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34180)

<https://www.nber.org/papers/w34180>

Existing structural analyses of the harmful effects of market consolidation focus on either product or labor markets in isolation, ignoring that product market competitors often compete for workers as well. This paper develops a unified framework for merger evaluation, finding that firms' simultaneous exercise of oligopoly power in the product market and oligopsony power in the labor market amplifies the harm from mergers to both consumers and workers. The model also demonstrates how merger-induced gains in labor market power incentivize firms to reduce product quality, highlighting an additional channel for consumer harm. The model's predictions are tested and quantified in the context of the recent consolidation of the US hospital industry. Linking panel data from several sources on all US hospitals from 1996-2022, a difference-in-differences design is estimated for nearly 150 high-concentration within-market mergers. Hospital mergers significantly reduce patient volume, increase prices, reduce employment, lower wages, and deteriorate quality of care, resulting in higher patient mortality. After recovering the structural parameters, the estimated model replicates observed merger impacts. Counterfactual

exercises reveal that ignoring increased labor (product) concentration would lead one to under-predict the harm of mergers to consumers (workers).

► **Does Private Equity Hurt or Improve Healthcare Value? New Evidence and Mechanisms**

YUAN, M., WEN, W. ET BARDHAN, I.
2025

New York, arXiv

<https://econpapers.repec.org/paper/arxpapers/2507.14717.htm>

What is the impact of private equity (PE) investment on healthcare value? Does PE investment hurt or improve healthcare value, and if so, can its effect be mitigated through the use of health information technologies (IT)? Given the significant investments by PE firms in the healthcare sector in recent years, these are important research questions. Stakeholders, including policy makers, care providers, and patients, need to understand their likely impact and whether PE ownership is aligned with their interests. Using a staggered difference-in-differences approach and data from US hospitals from 2008-2020, we observe that the overall value of healthcare delivered by hospitals declines after PE investment. However, our empirical evidence reveals that IT-enabled, health information sharing plays an important moderating role. Hospitals with stronger information-sharing capabilities exhibit greater cost efficiencies and improvements in care quality, leading to higher healthcare value after PE investment. Furthermore, we find that the type of health information sharing matters. Specifically, we observe that improvements in care quality are primarily driven by information sharing between hospitals and ambulatory care providers, instead of simply hospital-to-hospital sharing of patient health data. Our research also identifies the underlying mechanisms through which health information sharing improves care value by reducing hospital-acquired infections and readmission rates, thereby improving care quality, and enhancing labor productivity by reducing operating costs. Our results highlight the critical role of policies and common data standards needed to promote IT-enabled information sharing between healthcare providers, which, in turn, can align incentives of PE firms with the goals of value-based care.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité

BALDUCCHI, M.J. ET ULLERN, A.

2025

Paris, C.E.S.E. (Les avis du C.E.S.E.)

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/inegalites-de-genre-et-sante-des-femmes-au-prisme-de-la-perinatalite>

La périnatalité n'est pas seulement une période charnière pour la santé des femmes — elle est aussi le révélateur des inégalités de genre qui traversent l'ensemble du système de santé. Le CESE alerte sur une réalité souvent invisibilisée : les femmes paient le prix d'une médecine conçue historiquement par et pour les hommes, où leurs besoins spécifiques, leur santé mentale et leurs situations particulières sont encore trop souvent négligés. À travers 23 préconisations, il propose une refonte ambitieuse de la prise en charge, de la prévention à l'accompagnement, pour corriger les déséquilibres existants.

► Intergenerational transmission of inequalities: Are health inequalities at birth the missing link?

BELLO, A.H., MARIPIER, I. ET LACROIX, G.

2025

Montréal, C.I.R.A.N.O. (Cirano Working Paper 2025s-19)

<https://econpapers.repec.org/paper/cirirwor/2025s-19.htm>

This paper shows that poor health at birth can act as a barrier to upward economic mobility, reinforcing inequality across generations. Using linked administrative data for two Canadian birth cohorts, we find that mothers born with low birth weight (LBW) are significantly more likely to have LBW children. Sibling comparisons reveal that LBW reduces the probability of surpassing parental income rank by 4 percent. We show that ongoing childhood health shocks partly—but not fully—explain this effect, suggesting both direct and indirect pathways. Our findings highlight how policies targeting prenatal and early-life health could help break persistent cycles of disadvantage. Cet article montre que la mauvaise santé à la naissance constitue un facteur limitant de la mobilité économique ascendante, contribuant ainsi à la perpétuation des inégalités intergénérationnelles. À partir de données

administratives appariées portant sur deux cohortes de naissance canadiennes, nous montrons que les femmes nées avec un faible poids à la naissance (FPN) présentent une probabilité significativement plus élevée de donner naissance à des enfants également affectés par un FPN. Des comparaisons intra-familiales entre sœurs indiquent qu'un FPN réduit de 4 % la probabilité pour un individu de dépasser le rang de revenu de ses parents. Nos analyses suggèrent que cette relation est partiellement expliquée par des chocs de santé survenant durant l'enfance, sans toutefois l'expliquer entièrement, ce qui révèle l'existence de canaux à la fois directs et indirects. Ces résultats soulignent le rôle potentiel des politiques de santé ciblant la période prénatale et la petite enfance dans la lutte contre la transmission intergénérationnelle du désavantage socioéconomique.

► The Growing Divide: Income Inequities in Access to Mental Healthcare in Australia

BLACK, N., JAYAWARDANA, D. ET JOHNSTON, D.W.

2025

Melbourne, Monash University (Monash University. Center for Health Economics Working Paper 2025-13)

<https://econpapers.repec.org/paper/mhechemon/2025-13.htm>

Rising out-of-pocket costs for psychotherapy in Australia have heightened concerns about financial barriers to mental healthcare, particularly for lower-income households, who disproportionately experience psychological distress. Using nationwide linked administrative records of income and healthcare use, we estimate the magnitude of income-related inequity in psychotherapy use among 5.4 million individuals diagnosed with a mental health condition and examine how such inequity has evolved over the decade from 2014 to 2023. Our findings show that income-related inequity is substantial, consistently higher among children than among adults, and has nearly doubled over the decade. By 2023, only 32% of low-income children and 40% of low-income adults accessed psychotherapy within three months of receiving a mental health treatment plan, compared with 55% among both high-income children and adults. We rule out changes

in complexity of mental health disorders and the introduction of telehealth services as key drivers. We find no discernible difference by gender or age groups. Examination of antidepressant use reveals a growing gap in the opposite direction, with lower-income individuals increasingly reliant on medication without psychotherapy, relative to higher-income individuals. This suggests a shift towards lower-cost treatment pathways among disadvantaged groups. Our findings highlight the need for policies to address the increasing costs and other barriers to accessing psychotherapy, especially for lower-income households.

► **Education and Mortality: Evidence for the Silent Generation from Linked Census and Administrative Data**

DOMNISORU, C., MALINOVSKAYA, A. ET TAYLOR, E.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 18085)

<https://docs.iza.org/dp18085.pdf>

We quantify the effect of education on mortality using a linkage of the full count 1940, 2000, and 2010 US census files and the Numident death records file. Our sample is composed of children aged 0-18 in 1940, observed living with at least one parent, for whom we can construct a rich set of parental and neighborhood characteristics. We estimate effects of educational attainment in 1940 on survival to 2000, as well as the effects of completed education, observed in 2000, on 10-year survival to 2010. The educational gradients in longevity that we estimate are robust to the inclusion of detailed individual, parental, household, neighborhood and county covariates. Given our full population census sample, we also explore rich patterns of heterogeneity and examine the effect of mediators of the education-mortality relationship. The mediators we consider in this study explain more than half of the relationship between education and mortality. We further show that the mechanisms underlying the education-mortality gradient might be different at different margins of educational attainment.

► **Are Female-dominated Cancers Underfunded**

FARRE, L., LUONG, H. ET VALL, J.
2025

Barcelone, B.S.E. (BSE Working Papers 1509)

<https://bse.eu/research/are-female-dominated-cancers-underfunded>

This paper investigates the underfunding of female-dominated cancers in Europe and explores the mechanisms underlying the unequal distribution of research grants. Using a novel owned- collected dataset of projects granted by the European Commission under three framework programmes, we show that male-dominated cancers receive 3.7% more funding than female- dominated cancers. Our analysis suggests that this difference is likely driven by the over- representation of male researchers in cancer research and the higher proportion of male members on evaluation panels, which favors funding towards male-dominated cancer projects. We find no suggestive evidence that the funding gap is explained by gender gaps in receiving grants, superior research outputs, or greater disease burden. By uncovering the underfunded situation of female-dominated cancers, this study contributes to our understanding of the allocation of research funding across diseases and its implications for health equity.

► **Observatoire 2024 de Santé Info Droits : sollicitations à la hausse, accès aux soins pour tous à la baisse**

FRANCE ASSOS SANTÉ

2025

Paris, France Assos santé

<https://www.france-assos-sante.org/actualite/observatoire-2024-de-sante-info-droits-sollicitations-a-la-hausse-acces-aux-soins-pour-tous-a-la-baisse/>

Quelles sont les thématiques qui ont préoccupé les Français l'an passé ? La réponse est dans l'Observatoire 2024 de France Assos Santé sur les droits des malades, désormais disponible. Si pour la 2^e année consécutive, Santé Info Droits, le service d'informations sociales et juridiques, établit un nouveau record de sollicitations, ce motif de satisfaction est tempéré par la nette dégradation de l'accès aux soins pour tous, objet du focus 2024.

► **The Effect of Initial Location Assignment on Healthcare Utilization of Refugees**

KULSHRESHTHA, S.

2025

Hanovre, Global Labor Organization (GLO Discussion Paper 1622)

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/319681/1/GLO-DP-1622.pdf>

Characteristics of a place, such as healthcare access and the local environment, influence healthcare utilization. Refugees resettled in developed countries are often assigned locations based on the host country's assignment policies, yet the impact of initial placement on their healthcare usage remains understudied. I use Dutch administrative data to examine the effect of conditions in the initial municipality on healthcare utilization of refugees, leveraging the random assignment of refugees. Being assigned to a municipality with higher healthcare utilization as measured by depression medication usage, hospital visits, and general practitioner costs among non-refugees increases healthcare utilization of refugees. I provide suggestive evidence on possible mechanisms and find that local healthcare access and socio-economic status of the municipality play an important role in healthcare utilization of refugees. This study contributes to the ongoing policy debates on providing separate and more targeted healthcare services for the refugee population.

► Social inequalities in health in the EU

MARMOT, M.

2025

Bruxelles, Eurohealthnet

<https://eurohealthnet.eu/publication/social-inequalities-in-health-in-the-eu/>

Based on the latest comparable data from across Europe, this report confirms both the scale of health inequalities and the social and economic forces driving them. These health gaps undermine our shared European values, weaken economic competitiveness, and reduce resilience in the face of geopolitical and environmental crises. This report sets out clear, evidence-based actions to close these gaps, strengthening Europe's cohesion and making good health a reality for all, not a privilege for the few. The purpose of this report is to raise awareness and provide evidence of social inequalities in health as a key priority for EU and national policies, as well as to identify areas where EU and national action on social inequalities in health is feasible and needed.

► Femmes, hommes : quelles spécificités socio-sanitaires ?

NAGNOHOU, C., LEDESERT, B. ET BONNET, C.

2025

Paris, F.N.O.R.S.

<https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2025/07/Femmes-hommes-quelles-specificites-socio-sanitaires.pdf>

Cette publication présente une sélection d'indicateurs portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, les déterminants de santé et l'accès aux soins. Le plus souvent, la présentation du différentiel hommes femmes est privilégiée plutôt que la présentation des valeurs spécifiques à chaque sexe. Cette publication illustre une approche à l'échelle des territoires et montre ainsi les variations de ces différences géographiques, le plus souvent entre les départements français y compris ultramarins. Elle n'a pas pour ambition d'apporter des explications aux différences observées entre les femmes et les hommes mais elle montre que celles-ci, participant également aux inégalités territoriales de santé, doivent être prises en compte à toutes les échelles des politiques publiques.

► Understanding the Impact of Socioeconomic Deprivation on Inpatient Surgical Care Delivery Costs in the Veterans Health Administration

STRAYER, A.L., WEHBY, G. ET GAO, J.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5388728

The impact of living in high neighborhood-level socio-economic deprivation on inpatient surgery cost is unknown. This retrospective cohort study examines the relationship between Area Deprivation Index (ADI) and inpatient surgery costs in the Veterans Health Administration (VHA). Patients aged ≥65 years undergoing inpatient surgery during 2013-2019 were identified in Veterans Affairs Surgical Quality Improvement Program data linked to additional VHA data sources. The cohort includes 136,631 predominantly male (97.7%) cases with mean (SD) age of 72 (6.5) years. The 20,462 cases with high ADI (>85) were more often Black race (27% vs 13.6%) with higher comorbidity burden (Gagne score 3.4 vs 3.1), higher frailty (29.1 vs 28.7), and more likely presenting with preoperative acute serious conditions (5.6% vs 4.5%) for more urgent (21.3% vs 18.7%) or emergent surgery (8.9% vs 8.1%, all p<0.001).

After adjusting for facility with ordinary least square regression, the mean cost was \$966 higher (95% CI, \$634-\$1298; $p < 0.001$) in cases with ADI > 85. Unconditional quantile regression demonstrated even higher costs of > \$1,500 for patients at or above the 75th cost quantile. The higher costs are eliminated after adjusting for patient comorbidity and frailty (-\$33; 95% CI, -\$338-\$271; $p = 0.83$) and presentation acuity (-\$88; 95% CI, -\$386-\$211; $p = 0.57$). Among older patients undergoing inpatient surgery in the VHA, ADI > 85 is associated with higher surgical cost, explained by patient comorbidity and frailty, and presentation acuity; thus, suggesting a potentially cost-saving opportunity to mitigate barriers to healthcare access and other downstream effects of high neighborhood-level socioeconomic deprivation before surgery becomes urgent.

► **Gender Differences in Healthcare Utilisation - Evidence from Unexpected Adverse Health Shocks**

VAN'T HOFF, N. ET MELLACE, G.
2025

New York, arXiv

<https://econpapers.repec.org/paper/arxpapers/2509.01310.htm?ref=nep-hea>

This paper is the first to provide causal evidence of gender differences in healthcare utilisation to better understand the male-female health-survival paradox, where women live longer but experience worse health outcomes. Using rich Danish administrative healthcare data, we apply a staggered difference-in-differences approach that exploits the randomness in treatment timing to estimate the causal impact of adverse health shocks, such as non-fatal heart attacks or strokes, on healthcare use. Our findings suggest that men consistently use more healthcare than women, highlighting the underlying factors driving gender disparities in health outcomes. These insights contribute to the broader discourse on healthcare equity and inform policy interventions aimed at addressing these imbalances.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Observatoire Européen des délais d'accès aux médicaments : Comparaison en Allemagne, Angleterre, Espagne, France et Italie. Édition 2025**

CHAIGNOT, C., AMER, N. ET DELCROIX-LOPES, S.
2025

Paris, C.N.A.M.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/Études-et-donnees/2025-comparaisons-internationales-delai-acces-medicaments>

L'édition 2025 de l'Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments, publiée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie en collaboration avec la Haute Autorité de santé, analyse 57 médicaments identifiés comme apportant un progrès thérapeutique significatif, remboursés entre 2017 et 2024 en Allemagne, Angleterre, Espagne, France et Italie. L'étude distingue les délais liés à la procédure de droit commun de ceux réduits grâce aux dispositifs d'accès dérogatoire, ins-

taurés pour répondre à des besoins médicaux urgents ou non satisfaits. Son objectif principal est de fournir des indicateurs comparatifs permettant d'évaluer l'efficacité des politiques nationales et d'identifier les leviers d'amélioration. Ce travail met en lumière les spécificités de chaque système et offre une base d'analyse pour orienter les décisions à l'échelle européenne

► **Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ?**

COMITÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE EN SANTÉ
2025

Montlouis-sur-Loire, C.2.D.S.

<https://www.c2ds.eu/medicaments-hopital-resultats-enquete-nationale/>

L'étude présentée ce jour sur les médicaments jetés à l'hôpital s'inscrit dans la dynamique systémique

d'une démarche de développement durable des établissements de santé. Avec des ressources financières, humaines et environnementales limitées, comment les établissements de santé peuvent-ils réduire leurs impacts environnementaux tout en maintenant un accès aux soins pour tous et en délivrant des soins de qualité en toute sécurité ? Plus de 1 000 professionnels hospitaliers ont évalué durant 7 jours les médicaments éliminés, en volume, valeur euros et poids carbone, soit pour les 210 établissements de santé participant à cette étude, 250 000 unités communes de dispensation (UCD) pour une valeur de plus de 700 000 euros, pesant plus de 2 tonnes et émettant 122 tonnes CO₂eq. Les médicaments jetés sont périmés, ce sont des traitements personnels (de ville) apportés par les patients dans le cadre de l'hospitalisation, ils sont utilisables mais ne sont pas remis dans le stock de la PUI.

► **Rapport d'information du Sénat sur les dangers des opioïdes**

DEMAS, P., ROMAGNY, A.S. ET SOUYRIS, A.
2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r24-848/r24-848.html>

L'usage des antalgiques opioïdes pour le soulagement de la douleur s'accompagne de risques de mésusages importants, en nette augmentation ces dernières années. Dans un contexte marqué par la crise américaine des opioïdes, les rapporteuses ont formulé vingt recommandations visant à renforcer la politique de prise en charge de la douleur et de gestion des conduites addictives.

► **L'Innovation Thérapeutique en France. Quels effets externes au-delà du bénéfice clinique ?**

IQVIA

2025

Courbevoie, Iqvia

<https://www.iqvia.com/fr-fr/locations/france/library/white-papers/l-innovation-therapeutique-en-france>

Ce rapport explore comment l'innovation thérapeutique génère des effets systémiques majeurs sur notre système de santé et notre société : amélioration des parcours de vie des patients, gains d'efficacité pour le système de soins et soutien à l'attractivité scientifique et économique.

Méthodologie-Statistiques

Methodology-Statistics

► **Network Data Envelopment Analysis in Healthcare: A Systematic Literature Review**

AFONSO, G.P., FIGUEIRA, J.R. ET FERREIRA, D.C.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5226372

Healthcare performance assessment using nonparametric benchmarking approaches has risen in the literature in recent years. Several studies have been published employing data envelopment analysis (DEA) to evaluate healthcare performance. Among them, network-DEA use has caught special attention due to its advantages in considering more complex systems with departments interacting with each other. Accordingly, this systematic literature review aims to understand

and analyze what has been done in the last years using network-DEA to study healthcare and provide helpful findings to those interested in the subject. Following the PRISMA guidelines, a systematic literature review was performed, selecting 40 relevant documents after 1,554 studies were collected and evaluated. All documents analyzing healthcare using network-DEA available in Scopus or Web of Science have been included until February 2025. From them, helpful information such as the framework used, the variables selected, formulation's characteristics, and other metadata have been collected and summarized. The findings suggest that there are topics clearly more studied (e.g. hospitals) than others (e.g., pharmacies). Moreover, the frameworks present several differences, albeit some similarities have been detected within the same case study. As for the variables, an extensive list has been identified, albeit most studies employ the number

of beds, physicians, and nurses as well as operating expenses as inputs, inpatient discharges and outpatient visits as outputs, and the overall patient treated as links. By providing this information, this review aims to assist researchers in using network-DEA models to study healthcare by offering essential tools and highlighting gaps in literature.

► **Revisiting the Disability-Adjusted Life Year (DALY) as a Health Metric: Rigorous Science or Ableist Guesswork?**

LUNDBERG, D.J.

2025

New York, arXiv

https://econpapers.repec.org/paper/osfocarx/nzk62_5fv1.htm?ref=nep-hea

This research brief presents a methodological critique of the disability-adjusted life year (DALY), questioning the validity of this metric and arguing that it functions to uphold structural ableism in public health and healthcare. I establish first that the disability weights underlying the DALY are subjective social valuations of health states and are not valid measures of “the magnitude of health loss associated with specific health outcomes” as the Global Burden of Disease Study claims. I then document ableism throughout the assessment protocols used in creating the disability weights for the DALY at the levels of (a) selection of participants to complete the valuation, (b) description of health states for valuation, and (c) consideration of context where the valuation occurs. I conclude the research brief by examining two questions. First, why have the creators of the DALY and its champions positioned a subjective and ableist social valuation as rigorous science? And second, what does the widespread acceptance of the DALY across health disciplines reveal about the pervasiveness of structural ableism in health policy.

► **Utilitarian or Quantile-Welfare Evaluation of Health Policy?**

MANSKI, C.F. ET MULLAHY, J.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34247)

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w34247/w34247.pdf

This paper considers quantile-welfare evaluation of health policy as an alternative to utilitarian evaluation. Manski (1988) originally proposed and studied maxi-

mization of quantile utility as a model of individual decision making under uncertainty, juxtaposing it with maximization of expected utility. That paper’s primary motivation was to exploit the fact that maximization of quantile utility requires only an ordinal formalization of utility, not a cardinal one. This paper transfers these ideas from analysis of individual decision making to analysis of social planning. We begin by summarizing basic theoretical properties of quantile welfare in general terms rather than related specifically to health policy. We then propose a procedure to nonparametrically bound the quantile welfare of health states using data from binary-choice time-tradeoff (TTO) experiments of the type regularly performed by health economists. After this we assess related econometric considerations concerning measurement, using the EQ-5D framework to structure our discussion.

► **Facilitating the secondary use of health data for public interest purposes across borders**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E. (OECD Digital Economy Papers 376)

https://www.oecd.org/en/publications/facilitating-the-secondary-use-of-health-data-for-public-interest-purposes-across-borders_d7b90d15-en.html

Recent technological developments create significant opportunities to process health data in the public interest. However, the growing fragmentation of frameworks applied to data has become a structural impediment to fully leverage these opportunities. Public and private stakeholders suggest that three key areas should be analysed to support this outcome, namely: the convergence of governance frameworks applicable to health data use in the public interest across jurisdictions; the harmonisation of national procedures applicable to secondary health data use; and the public perceptions around the use of health data. This paper explores each of these three key areas and concludes with an overview of collective findings relating specifically to the convergence of legal bases for secondary data use.

Politique de santé

Health Policy

► The Impact of Family Policies on Maternal Health

DEHOS, F.T., PAUL, M. ET SCHAFER, W.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17998)
<https://docs.iza.org/dp17998.pdf>

This paper examines the impact of two major family policies on maternal health, using rich claims data from the German Pharmacoepidemiological Research Database (GePaRD). We report a significant short-term impact of childcare on diagnosed respiratory diseases and heterogeneous effects on mental health. Childcare tends to reduce diagnoses of mental disorders and the use of psychotherapy among mothers with a history of mental disorders before childbirth, those with a strong attachment to the labor market and those who live in counties with low childcare provision. Conversely, low-educated mothers exhibit short-term increases in mental disorders and antidepressant use. Parental benefits alter the timing of respiratory diseases and slightly reduce mental disorders and their treatments in the first year after childbirth.

► Recommandations pour l'élaboration du 5^e programme national nutrition santé (PNNS)

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2025

Paris, H.C.S.P.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1445>

Le HCSP insiste sur la nécessité de refondre le cadre stratégique du PNNS, en le renommant pour mieux refléter ses nouvelles ambitions : intégration de la durabilité environnementale, inclusion du sommeil et clarification du rôle central de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité. Les enjeux de santé publique à renforcer dans le PNNS 5 sont : La promotion de modes de vie actifs, avec une inclusion formelle du sommeil comme déterminant majeur de santé nutritionnelle, le soutien aux environnements favorables et à l'activité physique adaptée à chacun ; La promotion de régimes alimentaires sains et durables, avec une végétalisation de l'alimentation et le renforcement des

critères environnementaux dans les repères nutritionnels et recommandations ; L'action sur l'environnement alimentaire, avec un encadrement plus strict du marketing, le passage d'incitations volontaires à des mesures réglementaires ; La réduction de la précarité alimentaire, avec une évolution vers des modèles structurels plus équitables et démocratiques, et des actions ciblées et structurées en faveur des publics vulnérables (en situation de précarité, sous-main de justice) ; Une amélioration de la gouvernance et de la lisibilité, avec un soutien aux gouvernances locales pour une déclinaison du PNNS sur les territoires, avec des outils partagés, des indicateurs communs et un financement stable. En matière de perspectives pour le PNNS 5 (2025–2030), le HCSP propose une approche systémique et intégrée, en cohérence avec la Stratégie Nationale Alimentation Nutrition Climat (SNANC), l'introduction d'une littérature alimentaire et physique dès l'enfance, la mise en place de leviers réglementaires et fiscaux, au-delà des approches incitatives. Il préconise aussi une évaluation de l'impact économique et social des mesures de santé publique en nutrition pour maximiser leur efficacité et justifier leur pérennité. Le HCSP appelle à une modernisation ambitieuse du PNNS portant sur l'ensemble des déterminants comportementaux et environnementaux de la santé. Pour réussir, le PNNS 5 devra articuler objectifs de santé publique, équité sociale et durabilité environnementale, en s'appuyant sur une gouvernance renforcée, des financements stables, et des mesures à la fois pédagogiques et contraignantes.

► La lutte contre les cancers pédiatriques : enjeux, actions et perspectives, édition 2025

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2025

Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.
<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/rapport-pediatrie-2025>

Les cancers pédiatriques constituent une réalité médicale rare, mais particulièrement sensible, tant par leur impact sur les parcours de vie que par les enjeux scientifiques et humains qu'ils soulèvent. Ce rapport dresse un état des lieux actualisé de la cancérologie pédiatrique en France et présente les actions poursuivies en

2024 ainsi que de nouvelles actions lancées en 2025. Nouveauté de l'édition 2025, la partie « L'essentiel » propose un regard synthétique, en 10 pages, sur les enjeux de la lutte contre les cancers pédiatriques, avec les principaux indicateurs épidémiologiques des enfants, adolescents et jeunes adultes (AJA), leur évolution dans le temps, les financements mobilisés pour soutenir la recherche, et la structuration de l'offre de soins en pédiatrie. Ceci afin d'illustrer les actions décrites dans ce rapport, d'en apprécier les progrès accomplis et d'identifier les défis qui demeurent.

► **La Stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-strategie-nationale-maladies-neurodegeneratives-2025-2030>

Cette stratégie, portée par les ministères de la Santé, de l'Autonomie, du Handicap et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, repose sur une large concertation avec les associations de patients, les aidants, les professionnels de santé et les chercheurs. Elle s'articule autour de 6 axes et 37 mesures, couvrant l'ensemble du parcours de vie et de soin : Informer et changer le regard : favoriser une meilleure compréhension et une adaptation de la société face aux troubles cognitifs ; Prévenir et repérer plus tôt : développer la prévention et le diagnostic précoce pour améliorer l'orientation et la prise en charge ; Améliorer la prise en charge et soutenir les aidants : répondre aux besoins des malades et accompagner les proches qui assument un rôle essentiel ; Renforcer l'accompagnement à domicile : permettre aux personnes concernées de vivre chez elles le plus longtemps possible, selon leurs besoin ; Répondre aux besoins complexes en établissements : garantir une prise en charge spécialisée et adaptée dans les structures médico-sociales et hospitalières ; Stimuler la recherche et l'innovation : positionner la France comme un acteur de référence mondiale dans la recherche sur les MND.

► **Community action for health and well-being**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/community-action-for-health-and-well-being_35596239-en.html

Community action is a key driver of improved health and well-being, addressing social, economic, and environmental determinants beyond the scope of traditional healthcare. This policy paper presents a selection of six initiatives from across OECD countries, showcasing how communities, in collaboration with health professionals, public institutions, and civil society, have developed locally driven strategies. The initiatives illustrate the benefits of participatory processes, strategic planning, local networks, and robust evaluation. Despite differing contexts, all examples emphasise meaningful engagement, shared leadership, and a focus on equity and inclusion. The paper concludes with practical lessons to support policy makers, practitioners, and community leaders in introducing or improving community action.

► **Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

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

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12445-52219-80271>

Noncommunicable diseases (NCDs), such as cardiovascular diseases, cancers, diabetes and chronic respiratory diseases, remain the leading cause of death and disability in the WHO European Region. Approximately 1.8 million deaths annually are avoidable, with 60% preventable through reduced exposure to risk factors and public health interventions, and 40% treatable with timely and high-quality health care. While premature mortality has decreased since 2010, progress was significantly disrupted by the coronavirus disease pandemic. Progress towards many global targets has been made, but in all cases (except suicide mortality and alcohol use) it is not sufficient to meet agreed targets by

2025 and 2030. Inequalities between sexes and countries have decreased for mortality and air pollution, but increased for tobacco use, obesity, raised blood pressure and diabetes. The report notes that, in order to tackle NCDs and address the commercial, social, environmental and digital determinants of health, there is a need for accelerated multisectoral whole-of-government and whole-of-society action, integrated policies, enhanced preventive measures and strengthened health systems.

► **L'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins**

ROUSSET, J.F. ET NAEGELEN, C.

2025

Paris, Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cesoins/l17b1671-ti_rapport-enquete

Ce rapport sur les difficultés d'accès aux soins se

penche tout d'abord sur l'origine de la crise du système de santé. En cause selon lui, des décisions préjudiciables et une tendance épidémiologique défavorable : diminution de l'offre de soins disponible, éloignement et opacité de la gouvernance du système de soins qui brident les nécessaires réformes du système de santé. Il constate également la hausse des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins et la crise des établissements de santé. Face à ces constats, la deuxième partie de ce rapport insiste sur la nécessité d'affirmer un service public de la santé continu et cohérent, de la formation jusqu'à la prise en charge. Pour ce faire, il avance plusieurs recommandations : parachever la réforme des études de santé et donner la primauté aux formations pratiques ; Assumer une territorialisation marquée du service public en santé par une décentralisation renforcée et une déconcentration adaptée ; lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ; Hôpitaux publics et établissements de santé privés : passer d'une concurrence défailante à une solidarité réelle

Politique publique

Public Policy

► **Agencification : une méthodologie repensée pour une action publique renforcée - Rapport et annexes**

BARROS, P. ET LAVARDE, C.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-807-1-notice.html>

Ce rapport est le résultat d'une enquête sénatoriale sur les missions et l'organisation des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, visant à évaluer leur efficacité et leur impact sur l'action publique. Plusieurs défis et problématiques clés ont été identifiés de manière récurrente : complexité et manque de lisibilité de l'action publique ; doublons et chevauchements de compétences ; transparence et contrôle.

► **Faciliter l'accès aux services publics : restaurer le lien de confiance entre les administrations et les administrés : Rapport d'information**

DEVINAZ, G.L. ET HAVET, N.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-895-notice.html>

Cette mission d'information a identifié les défis à relever et les progrès à promouvoir pour parvenir à des services publics à la fois simples, accessibles, efficaces et humains, gages d'égalité et de cohésion sociale. L'objectif est de concilier la poursuite de la modernisation des services publics, qui va de pair avec leur digitalisation, et la nécessaire attention portée tant à l'utilisateur éloigné des nouvelles technologies qu'à celui dont le cas s'accommode mal de démarches standardisées.

Social policy**► Le pilotage par l'État de la politique de lutte contre la pauvreté**

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-pilotage-par-l'Etat-de-la-politique-de-lutte-contre-la-pauvrete>

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (SNPLP), présentée en septembre 2018 avec un budget prévisionnel de 8,15 Md€ sur 5 ans, s'articulait autour de mesures relevant de la compétence de l'État et des organismes de sécurité sociale, et de dispositifs à mettre en œuvre par les départements dans le cadre d'une contractualisation. Initialement concentrée sur la prévention de la pauvreté par l'action auprès des enfants et des jeunes et sur la sortie de la pauvreté par l'accès à l'insertion et l'emploi, elle se prévalait d'une dénomination beaucoup plus englobante. Pour autant, elle ne retraçait ni la totalité de l'action du ministère des solidarités ni les impacts sur la pauvreté d'autres plans sectoriels pilotés par d'autres ministères, comme le plan relatif à l'hébergement d'urgence et l'accès au logement. Elle n'a pas non plus servi à refléter les nouvelles priorités qui ont émergé en réponse à la crise des gilets jaunes puis à la crise sanitaire, autour du soutien au revenu des ménages modestes (hormis l'accélération de la revalorisation de la prime d'activité et certaines mesures de protection de la santé des publics en grande pauvreté), tandis que certains chantiers structurants étaient suspendus sine die. Ainsi cette stratégie n'a pas conduit à donner une vision d'ensemble des politiques de lutte contre la pauvreté, ce qui aurait pourtant contribué à améliorer la lisibilité des objectifs de politiques publiques.

► Pour une mobilisation collective en faveur des jeunes sortant de l'Aide sociale à l'enfance

GUILLERMO, V., LUCAS, B. ET TURAN-PELLETIER, G.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/pour-une-mobilisation-collective-en-faveur-des-jeunes-sortant-de-l'aide-sociale-lenfance>

Que deviennent les jeunes majeurs, lorsqu'ils ne sont

plus suivis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ? Ont-ils été préparés à vivre en toute autonomie ? La loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a créé le droit à la poursuite d'un accompagnement après la majorité et jusqu'à 21 ans des jeunes sortant de l'ASE qui ne bénéficient pas de ressources ou d'un soutien familial suffisant. La loi prévoit également un ensemble d'outils concourant à la bonne insertion sociale et professionnelle des jeunes. Dans un contexte de difficultés structurelles de l'ASE, la mission d'inspection avait pour objectif de contrôler la mise en œuvre du cadre normatif et d'évaluer la politique menée par les conseils départementaux et leurs partenaires. Ce nouveau format de rapport d'évaluation thématique est nourri de quatre rapports de contrôle départementaux et permet de confronter des constats nationaux à une diversité de pratiques ancrées dans les territoires

► L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap Édition 2025

LE CAIGNEC, E.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Panoramas de la Drees)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/251001-Panoramas-aide-sociale-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-ou-handicap%C3%A9es>

En France, l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées relève principalement des départements. Cette compétence est l'une des composantes de la protection sociale régies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). En 2023, les départements ont attribué 2,13 millions de prestations aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour ces aides atteignent ainsi 19,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2023. Ces dépenses sont en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2022 en euros courants (soit +0,9 % en euros constants, i.e. en tenant compte de l'inflation).

► **Divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (AAH, AEEH, PCH, APA, ASH) et panorama des aides extralégales**

PERRUCHON, C., FAUCHIER-MAGNAN, E. ET CUNEO, P.

2025

Paris, I.G.A.S. (Rapport IGAS 2025-014R)

<https://www.igas.gouv.fr/divergences-territoriales-dans-les-modalites-dattribution-des-aides-sociales-legales-aah-aeeh-pch-apa-ash-et-panorama-des-aides-extralégales>

Le rapport de la mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des

affaires sociales analyse les écarts territoriaux dans l'attribution de cinq aides sociales légales (allocation aux adultes handicapés, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap, aide sociale à l'hébergement) du champ de l'autonomie, dans le cadre d'une mission d'évaluation de la qualité de l'action publique. Ces cinq aides représentent des versements de 30 Md€ en 2023. Il met en évidence des différences importantes entre départements, tant en densité (nombre de bénéficiaires) qu'en intensité (montants versés), dues en partie à la démographie, à l'offre locale de services à la personne et aux modalités d'instruction des demandes.

Prévention

Prevention

► **The Labour Market and Health Effects of a Diabetes Warning: Evidence of Gender and Age Differences from the Lifelines Cohort Study**

ANNIBALI, C., BERGEMANN, A. ET ALESSIE, R.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17999)

<https://www.iza.org/publications/dp/17999>

To promote early detection of diabetes and ameliorate the negative consequences of diabetes, some governments provide diabetes screenings. This paper contributes to the literature by being the first to investigate whether an issued warning affects the individual's employment status. Additionally, our analysis also explores health effects, stratified by gender, age, and education, to receive indications for potential pathways of employment effects. By doing so, we present the first results in the literature for individuals under 40. Using a multidimensional regression discontinuity design, we investigate the short- and long-run effects of a diabetes risk warning issued by Lifelines, a Dutch cohort study. Low-educated individuals below 40 increase their labour market activities after a warning, which is generally more pronounced and persistent for women. Surprisingly, this is not matched by similar strong effects on health outcomes by either gender. Health effects are very heterogeneous by gender, age and educational group. Older, highly educated women seem to benefit

particularly strongly from a warning, as a significant reduction in the 4-year mortality rate indicates

► **Prévention et prise en charge précoce du diabète**

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/prevention-et-prise-en-charge-precoce-du-diabete>

En 2023, 3,8 millions de personnes étaient traitées pour un diabète (Santé publique France), la pathologie la plus répandue étant, pour une très grande majorité, un diabète de type 2 (92 %). En lien avec l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population, cette forme de diabète connaît, depuis plusieurs années, une forte croissance. Par ailleurs, le nombre de personnes diabétiques prises en charge représente, selon l'Assurance maladie, une dépense totale de 10,2 milliards d'euros, soit 5,3 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie obligatoire. Afin de limiter ce coût, la prévention des causes et des facteurs d'évolution de cette maladie constitue un enjeu majeur. Ainsi, la Cour des comptes, qui s'est déjà penchée sur la prévention de l'obésité et la politique de prévention en santé, examine à nouveau cette pathologie. Plus précisément, elle se concentre sur ses modalités de prévention et

de prise en charge précoce, à la lumière des récentes recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

► **Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie. Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2025

Paris, H.C.S.P.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1454>

Ce rapport, issu des travaux qu'a mené le groupe de travail transversal aux différentes commissions spécialisées nommé « Prévention et santé dans toutes les politiques », présente les constats, réflexions et propositions pour intégrer dans l'agenda français un changement de logique, basée sur les concepts de santé dans toutes les politiques (SdTP) et de prévention primordiale, et se donner les moyens de politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie. Il appelle à un changement de paradigme profond dans les politiques publiques françaises, en mettant la priorité sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et la réduction des ISTS, partant du constat qu'il est devenu nécessaire, plus soutenable et plus juste, de considérer la santé comme co-produite par l'ensemble des politiques publiques, et source de développement social et économique, que de poursuivre une fabrique des politiques publiques en silos, voire en compétition.

► **Can Legal Knowledge Save Lives? A Randomized Experiment in Preventive Health Screenings**

ROBERTSON, C. ET NETTER EPSTEIN, W.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5316312

While the U.S. healthcare system typically imposes significant out-of-pocket costs, the Affordable Care Act (ACA) requires full insurance coverage for certain preventive health services (PHS), including cancer screenings, without cost-sharing. Despite this policy, one in four eligible Americans remains unscreened for breast, colorectal, and cervical cancer, which increases their risk of premature death. We hypothesize that a lack of awareness about the ACA's free care requirement

contributes to this gap and that explicitly informing patients could increase screening uptake. Additionally, we investigate whether prior experiences with medical debt deter individuals from seeking even cost-free care, reflecting a spillover effect of broader healthcare cost burdens. We conducted an online survey experiment with 3,354 insured U.S. adults aged 30–74 with moderate household incomes (\$30k–\$99k), and we determined whether each one was qualified for a free cancer screen based on age and sex. Among them, 1,406 had not received at least one recommended cancer screening. Participants were randomly assigned to one of four conditions in a 2x2 factorial design. In the “free care disclosure” (FCD) treatment, half were informed that ACA-required screenings are fully covered without copays or deductibles. In the “medical debt salience” (MDS) treatment, half were asked about their medical debt history before assessing screening intentions. In addition to measures of intention, the primary outcome was behavioral—whether participants requested a link to take a step toward screening, a proxy for screening behavior, which we were not able to observe directly. We also tracked self-expressed intentions to get screened. As hypothesized, FCD increased screening-related action by 5 percentage points ($p = .031$). Effects varied by cancer type, with larger effects for colon and cervical cancers, but with no impact—and a potential negative (non-significant) effect—for breast cancer screening. Survey responses were consistent with this experimental finding for FCD overall, with “costs or coverage” being the third most common reason respondents cited for having not gotten screening (at 45% of respondents), and with large majorities agreeing that “going to the doctor or hospital can be dangerous financially” (80% agreeing), “the American healthcare system is full of tricks and traps” (65% agreeing) and “in America, healthcare is never really free” (91% agreeing). MDS had no direct effect on behavior, but contrary to hypothesis, individuals with medical debt were more likely to seek screening than those without ($p = .011$). These findings suggest that lack of awareness about the law providing free preventive care is a significant barrier to screening. Proactive communication by clinicians or public health officials could save lives. The larger paradigm of cost-exposure has a negative spillover, and ignorance of this benefit may be a preventable cause of cancer-related mortality.

Psychiatry

► On the Dynamics of Mental Health

ASCARZA-MENDOZA, D. ET VELASQUEZ, C.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5314088

This paper studies the dynamics of mental health over the life cycle and introduces a parsimonious statistical model suitable for structural economic applications. Using data from the Panel Study of Income Dynamics (PSID), we document new facts on mental health dynamics: mental health generally improves with age, though it has worsened in more recent cohorts. Recovery rates are high and increase with age, and individuals are likely to remain in good mental health, with transitions depending on duration in the current state. Mental health is strongly correlated with fixed labor productivity and with the presence of depression early in life, suggesting that ex-ante conditions play a key role in shaping its evolution. Inequality in mental health remains stable across age. We estimate the model using the Simulated Method of Moments and show it replicates key empirical patterns. We then incorporate the statistical model into a life-cycle framework with endogenous labor supply decisions, calibrated to match observed differences in labor supply—both at the extensive and intensive margins—by mental health status. We find large monetary and welfare losses from depression symptoms, with significant heterogeneity by ex-ante conditions.

► L'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous-main de justice

CORNELOUP, J. ET LEBOUCHER, E.
2025

Paris, Assemblée nationale (Rapport d'information de l'Assemblée Nationale 1701)

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cec/l17b1701_rapport-information

Ce rapport dresse un constat alarmant de la prévalence et de l'aggravation des troubles psychiques dans la population pénale. Il identifie trois causes principales à cette situation : l'affaiblissement du système de santé, les insuffisances de la justice à reconnaître et

prendre en charge ces troubles, et la dégradation des conditions en prison, devenues pathogènes. Il met en lumière l'inadéquation croissante entre les besoins en soins en détention et les moyens disponibles, aggravée par la surpopulation carcérale. Dans le milieu ouvert, les soins pénalement ordonnés sont de plus en plus prescrits mais de moins en moins appliqués, révélant une crise de ce dispositif. La situation est encore plus critique pour les mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), dont les besoins spécifiques sont mal couverts. Le rapport souligne également les carences de l'aide sociale à l'enfance et appelle à un repérage plus précoce des troubles dès l'enfance. Enfin, il dénonce le manque de coordination entre les acteurs concernés et appelle à une refonte urgente de la gouvernance de cette politique publique.

► Loneliness, Mental Health and the Work-From-Home Revolution

COWAN, B. ET SPEARING, J.
2025

York, University of York (CHE Research Paper 199)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5254611

We examine the effect of the large post-COVID increase in remote work on loneliness and mental health, using Understanding Society data from the United Kingdom. We use differences-in-differences estimators that flexibly control for a rich set of co-variables to compare changes in key variables amongst two groups: those who worked in teleworkable occupations in 2019, and those who worked in non-teleworkable occupations in 2019. We find that relative to those who worked in non-teleworkable occupations, workers in teleworkable occupations significantly increased their propensity to remote work from 2020 onwards. They also experienced higher levels of self-reported loneliness, particularly amongst women, and worse mental health. By contrast, we find no evidence of changes in job satisfaction and any improvement in work-related autonomy is limited to men. Our results suggest that the rise of remote work may contribute to increased loneliness and worsening population health, albeit at modest levels.

► **Santé mentale des jeunes de l'Hexagone et aux Outre-mer : Cartographie des inégalités**

DELAGE, V. ET TELLIER-POULAIN, M.
2025

Paris, Institut MONTAIGNE

<https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-mentale-des-jeunes-de-lhexagone-aux-outre-mer>

Cinq ans après la crise du Covid, la santé mentale s'impose désormais comme une grande cause nationale, alors que les signaux de détresse psychique se multiplient, en particulier chez les jeunes, premières victimes des difficultés d'accès au soin. L'Institut Montaigne, la Mutualité Française et l'Institut Terram ont réalisé une enquête de terrain inédite, menée auprès de 5 633 jeunes de 15 à 29 ans au printemps 2025, en métropole et dans les Outre-mer (DROM). Elle se distingue par son approche à la fois transversale et ancrée dans les territoires croisant les déterminants sociaux, économiques, culturels, numériques et environnementaux du bien-être psychique. L'étude explore aussi bien les freins à l'accès aux soins et les lacunes en matière de prévention que les ressources mobilisées

► **Time for Mental Healthcare: Evidence from Paid Sick Leave Mandates**

EISENBERG, M., GE, Y. ET GOLBERSTEIN, E.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34254)

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w34254/w34254.pdf

We study the effects of state paid sick leave (PSL) mandates on mental healthcare use. To do so, we use all-payer health insurance claims data from IQVIA 2015-2022 combined with difference-in-differences methods. Findings suggest that overall mental healthcare use does not change post-PSL mandate. The null finding overall masks clinically relevant changes along the intensive margin: patients substitute away from lower levels of care to higher levels of care as time constraints are relaxed. Further, analysis of survey data hints that this change in treatment use improves mental health. Keywords: Paid sick leave; social insurance; social insurance; social insurance; social insurance; social insurance; social insurance; social insurance; social insurance.

► **Mental health atlas 2024**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

Genève, O.M.S.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/382452/9789240114487-eng.pdf>

WHO's Mental Health Atlas is a periodic survey and report of countries' mental health policies and programmes, laws, information systems, financing, workforce and services. The 2024 edition, the seventh in a series that started in 2001, draws on data from 144 countries and includes several new indicators on service delivery including telehealth and physical health, community-based care, and data monitoring. This latest report provides an overview of global mental health systems and services; tracks progress towards the targets of WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 and identifies key gaps in mental health service development across the world.

► **World mental health today: latest data**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>

Mental health needs are high, but responses are insufficient and inadequate. This report provides an update of mental health epidemiology, economic consequences and gaps in public mental health, drawing on the latest evidence. Over one billion people live with a mental disorder, yet most remain underserved. Mental disorders are a leading cause of disability; the economic consequences are staggering. Major gaps in resources, workforce, and quality of care leave most people without adequate support. This report provides essential data to guide national and global dialogue, including during the 2025 United Nations High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases and Mental Health in New York.

► **La prise en charge intégrée des soins pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère**

SUHARD, V.
2025

Paris, I.R.D.E.S. (Synthèses & Bibliographies)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-integree-des-soins-pour-les-personnes-vivant-avec-un-trouble-psychique-severe.pdf>

Réalisée dans le cadre du projet européen EU-Mind (<https://eumind.eu/>), financé par l'initiative Transforming Health and Care Systems (THCS), dont l'objectif est d'identifier les modèles de soins intégrés les plus efficaces et les plus adaptés aux personnes

vivant avec des troubles psychiques sévères. Les aspects principalement documentés sont : les définitions et les concepts fondamentaux liés aux soins intégrés ; l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques dans le cadre des soins primaires ; ainsi que le développement des soins intégrés inversés, principalement mis en œuvre au sein de structures spécialisées en santé mentale.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► Les sciences sociales dans l'évaluation des politiques publiques : pour une approche conversationnelle

BEAUSSIER, A.L., BOURGEOIS, I., FOURNIER, C., *et al.*
2025

Paris, L.I.E.P.P. (LIEPP Working paper 181)

<https://sciencespo.hal.science/hal-05172554>

Ce working paper s'appuie sur les retours d'expérience croisés de deux équipes de chercheuses ayant participé à l'évaluation de trois expérimentations issues de l'article 51 de la Loi de financement pour la Sécurité sociale (LFSS) de 2018, dispositif permettant la mise en place d'expérimentations de financements dérogatoires au droit commun pour les acteurs du secteur de la santé. Nous défendons ici que la plus-value de l'évaluation des politiques publiques par des chercheurs se situe dans les conversations et les formes d'apprentissage qu'elles permettent entre les différents acteurs des politiques publiques. Cet apport se situe davantage dans la participation incrémentale et les échanges entre ces acteurs tout au long du processus d'évaluation, que dans le processus formel d'aide à la décision qui est souvent seul associé à l'activité d'évaluation. Nos retours d'expérience soulignent que, en dépit de l'intégration de plus en plus fréquente des sciences sociales et des méthodes qualitatives dans l'évaluation des politiques publiques, les conditions dans lesquelles ce type de plus-value peut émerger ne sont pas toujours réunies et méritent d'être elles-mêmes discutées, précisées, et valorisées.

► Le nouvel esprit du service public

PUDAL, R. ET SINIGAGLIA, J.
2024

Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant

Au cours des dernières décennies, les multiples réformes des services publics ont transformé le travail des agents de la fonction publique. Présentés sous la forme d'entretiens, une succession de portraits sociologiques de fonctionnaires titulaires ou non, permettent d'éclairer les transformations saillantes du travail dans la fonction publique d'aujourd'hui : dégradation des conditions de travail et d'emploi, dilution des identités professionnelles, altération du « sens » du métier, perte d'autonomie et confrontation à des logiques hétéronomes, etc. Ces portraits permettent d'expliquer en quoi consiste le « nouvel esprit du service public » que véhiculent ces réformes et que les agents sont sommés, plus ou moins directement, de mettre en œuvre. Qu'ils adhèrent, qu'ils résistent ou qu'ils « fassent avec », ces logiques qui transforment les fonctionnaires en prestataires et les usagers en clients, font que le sens même du service public et des métiers correspondants est bouleversé.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► Contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée : Rapport définitif Tome 1

BAQUE, S., CHERUBINI, C. ET DURAND, N.
2025

Paris, I.G.A.S. (Rapport IGAS 2024-043R2.)

<https://igas.gouv.fr/contrôle-de-la-gestion-et-du-déploiement-du-dispositif-asalee>

Le dispositif Asalée permet à des malades chroniques de bénéficier gratuitement de séances d'éducation thérapeutique délivrées par un infirmier. La gestion de ce dispositif est assurée par l'association Asalée qui emploie plus de 2 000 infirmiers, sur l'ensemble du territoire national. L'assurance maladie assure le financement de cette association (104 M€ en 2024, soit 98 % des ressources). A la demande du ministre chargé de la santé et de la prévention, l'IGAS a procédé au contrôle de la gestion et du déploiement de ce dispositif. Sans remettre en cause la pertinence du dispositif d'éducation thérapeutique, qui au demeurant n'était pas l'objet de la mission, le rapport pointe de multiples dysfonctionnements en termes d'organisation et de pilotage de celui-ci par l'association. De nombreuses irrégularités ont également été constatées, tant en ce qui concerne la mise en œuvre des conventions conclues avec l'assurance maladie que du droit des associations, du travail et de la commande publique. La mission a, enfin, relevé que le contrôle exercé par les autorités administratives sur la gestion de ce dispositif a été parfois hésitant, voire incohérent.

► Révision des définitions des « soins infirmiers » et « infirmière »

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
2025

Genève, Conseil international des infirmières

<https://www.icn.ch/fr/ressources/publications-et-rapports/revision-des-definitions-des-soins-infirmiers-et-infirmiere>

En 2025, le CII a dévoilé une nouvelle définition complète des soins infirmiers et de la profession infirmière, qui décrit de manière officielle le champ d'action, l'identité et la contribution de la profession à la santé mondiale. Cette nouvelle définition est une déclaration, une boussole mondiale qui réaffirme et renouvelle

l'essence et le potentiel des soins infirmiers. Fondée sur des connaissances disciplinaires, des normes éthiques et les relations humaines, elle affirme que les soins infirmiers sont une profession scientifique, centrée sur la personne et socialement juste. Cette nouvelle définition est l'aboutissement d'une initiative mondiale d'un an menée par un groupe d'experts et soutenue par un groupe Delphi composé d'infirmières et infirmiers éminents de toutes les régions de l'ICN, garantissant l'inclusivité et la résonance culturelle dans divers systèmes de santé et communautés. Elle reflète un véritable consensus mondial.

► Soignants libéraux : préserver la vocation, combattre l'épuisement

ÉCOLE DE MANAGEMENT DE GRENOBLE
2025

Grenoble, École de Management

https://gem-strapi-media.s3.sbg.io.cloud.ovh.net/Soignant_liberaux_web_page_V2_54fc34ae33.pdf

Quelle est la situation des soignants libéraux français en termes de santé au travail et de conditions d'exercice de leur métier ? L'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS) et Doctolib se sont associés pour contribuer à documenter les enjeux de santé mentale des soignants libéraux. En mars 2025, la méthodologie et la réalisation d'une enquête nationale ont été confiées à Grenoble Ecole de Management (GEM), qui a élaboré un questionnaire selon des protocoles académiques rigoureux, puis l'a administré à un large panel de soignants libéraux, une population rarement étudiée. Ce livre blanc en présente les principaux résultats, ainsi que des témoignages.

► All or nothing? Access and variation in NHS continuing health care

HUTCHINGS, R., DODSWORTH, E. ET CURRY, N.
2025

Londres, Nuffield Trust

https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2025-09/Nuffield%20Trust%20-%20Continuing%20health%20care_WEB.pdf

NHS continuing health care provides funded health

and social care support for people with very complex needs outside hospital. Yet our comprehensive new report shows this system is highly inconsistent, with wide regional variation in eligibility, spending and practice. Families can face a bruising process to access CHC at the most difficult time of their lives, navigating opaque rules and financial cliff-edges. CHC shines a light on the wider fractures between health and social care: a system under pressure, struggling to deliver fair, timely and sustainable support – and one that urgently needs reform.

► **Does Universal Occupational Licensing Recognition Improve Patient Access? Evidence from Healthcare Utilization**

OH, Y.T. ET KLEINER, M.M.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34030)

<https://www.nber.org/papers/w34030>

Optimizing state and regional physician labor supply has been an important policy issue in healthcare in the United States. One of the proposed solutions has been the universal licensing recognition (ULR), which allows out-of-state physicians to provide healthcare services without relicensing and increases the local labor supply of physicians. There has been no empirical analysis of the effect of such regulatory relaxation on the local labor supply and subsequent improvements of consumer welfare. In this study, we use the Behavioral Risk Factor Surveillance System to investigate the effect of universal reciprocity of physician licenses on healthcare utilization, and use data from IPUMS-USA, IPUMS-CPS, and the Doctors and Clinicians National Downloadable File from the Centers for Medicare & Medicaid Services to examine the changes in the local labor supply of physicians through interstate migration and out-of-state practices. Our results show that adopting the ULR significantly raises the proportion of individuals accessing healthcare, particularly among older individuals, and reduces the proportion of individuals not getting healthcare services because of costs. We provide empirical evidence that these effects are from the universal reciprocity of physician licenses, instead of unknown factors related to the ULR. We also show that the positive effect of the ULR on healthcare utilization is closely related to the increase in out-of-state practitioners to include temporary and telehealth physicians, by showing no changes in interstate migration of physicians and an increase in out-of-state practices. The adoption of ULR may allow for a more efficient

regional distribution of physicians and result in greater access to healthcare.

► **Modalités de mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologiques**

PICQ, J.F. ET KHENNOUF, M.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/modalites-de-mise-en-place-dune-reforme-du-troisieme-cycle-des-Etudes-odontologiques>

L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche ont conduit une mission pour proposer une réforme structurelle du 3^e cycle des études odontologiques. Ce cycle, organisé en voie courte (diplôme de chirurgien-dentiste en un an) et voie longue (diplôme d'études supérieures en trois ou quatre ans), doit s'adapter aux besoins de santé bucco-dentaire de la population. Le rapport identifie plusieurs constats : insertion professionnelle inégale, expérience clinique parfois concentrée sur un nombre limité de pratiques, encadrement des étudiants fragilisé par le tarissement du vivier hospitalo-universitaire et offre marquée par de forts déséquilibres territoriaux. La lisibilité pour le grand public reste limitée : certaines pratiques à exercice exclusif apparaissent à tort comme des spécialités, ce qui brouille la compréhension du rôle des chirurgiens-dentistes.

► **Are physicians' motivations stable over time? An investigation before, during, and after a pandemic**

POOLE, L.M. ET OXHOLM, A.S.

2025

Denmark, Danish Centre for Health Economics (DaCHE discussion papers 2025:1)

https://econpapers.repec.org/paper/hhssduhec/2025_5f001.htm

Many healthcare systems struggle with recruitment and retention of physicians for specific specialties or in certain locations. One solution may be to design policies that appeal to their work motivations. Recent studies show that physicians' motivations vary and link with their behaviour. However, little is known about whether physicians' motivations are stable over time. We exploit a major shock to physicians' working conditions to investigate stability in their motivations. Using

unique survey data on a balanced panel of 448 general practitioners (GPs) in Denmark, this study examines GPs' motivations before, during, and after the COVID-19 pandemic. We examine GPs' intrinsic motivation, extrinsic motivation, user orientation, and public service motivation to capture both their self-centred and pro-social motivations. A series of fixed effects and quantile regression models show that each type of motivation follows a distinct pattern with regards to the timing and direction of changes during the study period. However, across all motivations the magnitude of these changes appears small. Subgroup analyses suggest that older GPs and male GPs exhibit higher stability in some motivations, and that practice and area characteristics do not affect motivation trends. Our results support that physicians' motivations are stable overall and thereby may serve as useful inputs to policy design. Policymakers can thus better align the goals of the healthcare system with those of its workers, serving to promote a more sustainable and productive healthcare workforce.

► **Les besoins de formation des professions d'infirmier(ère)s et d'aides-soignants(e)s : Rapport et propositions**

TOUZE, E. ET BOCOgnANO, A.
2024

Paris, O.N.D.P.S.

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

Ce rapport présente des recommandations de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) pour les effectifs d'infirmières et d'aides-soignantes à former d'ici 2030. L'ONDPS s'est attaché à mobiliser les acteurs régionaux et nationaux pour partager une réflexion stratégique et prospective sur les deux professions infirmières et aides-soignantes. Les travaux ont permis d'estimer les besoins de soins et les effectifs de professionnel(le)s et vérifier l'adéquation de l'offre aux besoins estimés d'ici 2030, au vu des capacités de formation et de l'enjeu de l'amélioration de l'attractivité des formations et des professions concernées. Des recommandations complémentaires visent la nécessité de développer les moyens du recueil statistique des effectifs en exercice dans les professions paramédicales.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Health systems in action: Canada**

MARANI, H. ET ALLIN, S.
2025

Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
(Health Systems in Action Insight Series)

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-2024-canada>

Canada's publicly funded, single-payer health system (Medicare) guarantees citizens and permanent residents universal coverage free at the point of use for hospital and physician services. Canada's health system is decentralized, and provincial/territorial (PT) governments are primarily responsible for the governance, regulation, co-financing, administration and delivery of health services for their populations. The federal government sets pan-Canadian standards for publicly

funded health services through the Canada Health Act (CHA), 1984. Roughly 70% of health spending is derived from public sources. Funding mechanisms have been stable over time: hospitals are funded primarily through global budgets paid for either directly by PT governments or through health authorities. Physicians are primarily paid fee-for-service; PT governments set rates of remuneration for physicians that are negotiated with provincial medical associations. Medicare acts as a social safety net, ensuring Canadians are protected against the financial consequences of ill-health. However, financial barriers may prohibit access to non-Medicare services, such as prescription drugs, dental care, medical devices, home and facility-based long-term care, vision care, physical and occupational therapy, and mental health and addiction services. Though life expectancy at birth has increased since 2000, it

has plateaued in recent years (81.6 as of 2021) due to the opioid crisis and the COVID-19 pandemic. Cancer continues to be the leading cause of death, followed by heart disease and accidents. Health inequities are prominent in Canada, with low-income and racialized populations being disproportionately affected. During the first year of the COVID-19 pandemic (March 2020 to early March 2021) Canada saw an increase in both avoidable and excess mortality. Notably, older adults above 84 years represented one third of excess mortality and over half of the deaths caused by COVID-19. Canada is a leader in climate resilience in the health system. The National Adaptation Strategy and the Health ADAPT programme represent commitments by the Government to deliver a climate resilient, low carbon and sustainable health system.

► **From hospital to community:
International lessons on moving care
closer to home**

REED, S., LOBONT, C. ET OUNG, C.
2025

Londres, Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/from-hospital-to-community-international-lessons-on-moving-care-closer-to-home>

In July 2025, the government launched its 10 Year Health Plan for the NHS in England, with a central aim of shifting more care from hospitals into community settings. This ambition is not new: successive initiatives over decades have sought to strengthen out-of-hospital care, but most have fallen short of expectations. England is not alone in grappling with this challenge, and other countries have pursued similar reforms. This report examines, in depth, the experiences of Denmark and Ireland, distilling lessons that can inform England's efforts to deliver its new health plan. We focus on these countries because both have committed to bold, long-term strategies to rebalance care towards communities, reduce pressure on hospitals, and respond to ageing populations and rising chronic disease. Denmark is just at the start of its reform, whereas Ireland is nearly a decade in. Their contrasting trajectories and contexts highlight both common challenges and practical approaches that England can learn from. Our findings draw on 24 expert interviews and a structured review of policy documents and literature from Denmark and Ireland. Aimed at system leaders, policymakers and government, it distils lessons from these countries' reform efforts to inform England's delivery of the NHS 10 Year Health Plan

► **Health systems in action: United States
of America**

RICE, T., UNRUH, L.Y. ET BARNES, A.J.
2025

**Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
(Health Systems in Action Insight Series)**

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-2024-united-states-of-america>

The United States does not have a single health system; rather, residents obtain health insurance from several different public and private programmes, each with different eligibility criteria, benefit structures and provider payment mechanisms. Successes include a large and well trained health workforce, a wide range of high-quality secondary and tertiary institutions, a robust health sector research programme and, for selected services like certain cancers, among the best medical outcomes in the world. Major shortcomings include incomplete coverage and inadequate care for the uninsured, substantial financial access barriers even for those with coverage, extremely high health expenditure levels, poor health outcomes and an unequal distribution of resources and outcomes among different population groups. The US rate of 4.7 infant deaths per 1000 live births in 2019 exceeded every OECD European country except Türkiye. There are striking differences in the United States by race and ethnicity, with the infant death rate for non-Hispanic Blacks more than double the rate for non-Hispanic Whites, and triple the rate for non-Hispanic Asians. Because a myriad of cultural, socioeconomic and environmental factors affects health status, it is difficult to know which deficiencies in outcomes are health system-related. Nevertheless, since mortality rates from treatable causes exceed those in comparator countries, there is evidence that the problems are related to the health system. The US health system faces many challenges to maintaining and building resilience. Areas needing strengthening include reducing poverty and inequality, achieving universal health insurance, strengthening the public health system, and retaining health professionals by improving their working conditions.

► **Healthcare Systems and Social
Enterprises in Europe and the United
States**

SANTUARI, A. ET SAGE, W.M.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5364000

Employer-sponsored health insurance is the predominant coverage source for the U.S. workforce, yet the rationale behind firms' provision of these benefits remains debated. We examine two primary motivations: as a retention mechanism reducing employee turnover, and as a human capital investment enhancing workforce productivity. To disentangle these perspectives, we exploit policy-induced shocks to labor mobility and track firms' benefit adjustments. We employ a stacked difference-in-differences approach using novel datasets on health plan details, individual healthcare

utilization, and state-level variations in non-compete agreement (NCA) enforceability from 2013 to 2020. Our results show that increased NCA enforceability leads firms to lower premiums primarily by shifting to High-Deductible Health Plans (HDHPs). This shift, in turn, boosts HDHP enrollment rates and significantly reshapes healthcare utilization among affected employees, leading to fewer preventive care visits but a greater incidence of severe, high-cost medical procedures. Overall, our findings support the retention cost perspective while also highlighting the unintended long-term consequences of cost-saving strategies.

Travail et santé

Occupational Health

► Doctor Discretion in Medical Evaluations

CABRAL, M. ET DILLENDER, M.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33988)

<https://www.nber.org/papers/w33988>

This paper analyzes the importance of doctor discretion in medical evaluations. Leveraging comprehensive administrative data and random assignment of doctors to evaluations in workers' compensation insurance, we identify the scope for doctor discretion in medical evaluations of injured workers and the impacts of this discretion on later claimant outcomes. Our analysis indicates there is wide variation across doctors in medical evaluations, these decisions are consequential for later claimant outcomes, and doctor effects vary systematically by observed doctor characteristics. In addition, we analyze the relationship between doctor effects in medical evaluations and market allocation when claimants can select their own doctors. Our findings suggest both claimants and insurers influence the allocation of doctors in line with their respective incentives, indicating market forces shape the distribution of program benefits. Finally, we conclude with supplemental counterfactual analysis and discussion of the policy implications of these findings.

► Qualité du travail, qualité de l'emploi : éléments de comparaisons internationales

GIORGI, D.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/qualite-du-travail-qualite-de-lemploi-elements-de-comparaisons-internationales>

Dans le contexte de négociations sociales portant notamment sur la qualité de la vie au travail, la prévention dans le domaine de la santé au travail, et la qualité de l'emploi, le ministère chargé du Travail avait demandé à l'Inspection générale des affaires sociales, début 2025, une note de parangonnage de bonnes pratiques sur ces sujets, relevées dans divers États européens. Les objectifs de politiques publiques et les dispositifs examinés dans cette note ciblent une population large et permettent d'aborder et de croiser de multiples thématiques : la qualité du travail et notamment la prévention des risques professionnels principaux, qu'il s'agisse des risques chimiques, de ceux liés à la chaleur, des troubles musculosquelettiques ou des risques psycho-sociaux, ainsi que l'impact possible des modèles managériaux sur les risques ; les besoins des femmes en matière de santé au travail ; la prévention de la désinsertion professionnelle ; la qualité de l'emploi et notamment le temps partiel subi, la prise en compte de contraintes personnelles des salariés ou demandeurs d'emploi, ou encore les possibilités de transitions professionnelles en cours de carrière. Les

informations ainsi réunies peuvent servir de points de comparaison et, le cas échéant, de sources d'inspiration pour les politiques nationales.

► **Long-term Health and Human Capital Effects of Early-Life Economic Conditions**

HOU, R., BAKER, S. ET VON HINKE, S.

2025

New York, arXiv

<https://econpapers.repec.org/paper/arxpapers/2507.08159.htm>

We study the long-term health and human capital impacts of local economic conditions experienced during the first 1,000 days of life. We combine historical data on monthly unemployment rates in urban England and Wales 1952-1967 with data from the UK Biobank on later-life outcomes. Leveraging variation in unemployment driven by national industry-specific shocks weighted by industry's importance in each area, we find no evidence that small, common fluctuations in local economic conditions during the early life period affect health or human capital in older age.

► **Les effets de l'obésité sur le monde du travail : emploi, absentéisme & discrimination salariale**

SCHWERER, C.A.

2025

Paris, Asterès

<https://asteres.fr/Étude/obesite-emploi-cout-societal-france/>

Dans la présente étude, Asterès se concentre sur les indicateurs les plus robustes : l'absentéisme, les décès en âge de travailler, l'exclusion du marché du travail et les discriminations de revenus. Cette étude chiffre à 9 milliards d'euros par an le coût économique de l'obésité sur le marché du travail en France. L'étude met également en lumière une réalité encore trop peu reconnue : la grossophobie dans le monde professionnel. Ce rapport illustre les inégalités structurelles entre obésité et emploi, encore trop peu abordées dans le débat public. Les stéréotypes liés au poids continuent d'alimenter des discriminations durables, freinant l'accès à l'emploi et l'égalité des chances.

► **The costs of cardiovascular diseases and depression attributable to psychosocial work exposures in the European Union**

SULTAN-TAIEB, H., VILLENEUVE, T. ET CHASTANG, J.F.

2024

Bruxelles, E.T.U.I. (Etui Research Paper 2024-08)

<https://www.etui.org/publications/costs-cardiovascular-diseases-and-depression-attributable-psychosocial-work-exposures>

The present report presents the costs from the societal perspective of CHD and depression attributable to all the studied PWE taken together, and the costs of CHD, stroke and depression attributable to the different PWE taken separately in EU28 and by country, for men and women.

Vieillessement

Aging

► **Les soins de longue durée dans l'Union européenne : situation, défis et perspectives**

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

Genève, A.I.S.S.

<https://www.issa.int/analysis/long-term-care-european-union-situation-challenges-and-perspectives>

Au cours des dernières décennies, les soins de longue durée sont devenus une priorité croissante au sein des politiques de l'Union européenne (UE), sous l'effet du vieillissement démographique, des lacunes dans les services existants et de la hausse des coûts liés à la prestation de soins de qualité. Malgré cette importance croissante, les politiques et les cadres de services en matière de soins de longue durée restent moins développés que d'autres domaines de la protection sociale, tels que la santé et les retraites. Dans de nombreux

pays, l'accès aux soins formels reste limité et les frontières entre soins de santé, aide sociale et soins de longue durée sont souvent floues, ce qui affaiblit la protection sociale et limite le financement public.

► **Immigration and Adult Children's Care for Elderly Parents: Evidence from Western Europe**

BERLANDA, A., LODIGIANI, E. ET ROCCO, L.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17984)
<https://www.iza.org/publications/dp/17984>

In this paper, we use the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE), complemented with register data on the share of the foreign population in the European regions, to examine the effects of migration on the level of informal care provided by children to their senior parents. Our main results show that migration decreases informal care among daughters with a university degree, while it increases the provision of informal care among daughters with low-to-medium levels of education. Viceversa, migration has practically no effect on sons' care provision who remain little involved in care activities. These results depend on the combination of two supply effects. First, migration increases the supply of domestic and personal services, making formal care more affordable and available. Second, as immigrants compete with low-to-medium-educated native workers, while improve the labor market opportunities of the better educated, the supply of informal care can increase among the less educated daughters and decrease among the more educated.

► **The Care Dividend: Why and How Countries Should Invest in Long-Term Care**

CYLUS, J., WHARTON, G. ET CARRINO, L.
2025

Cambridge, Cambridge University Press
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/the-care-dividend-why-and-how-countries-should-invest-in-long-term-care>

Long-term care often falls by the wayside in national policy dialogues. In some countries cultural norms compel families to look after older people at home. Some pundits may look at rising health care costs and argue that the public sector cannot shoulder more care responsibilities by expanding access to long-term care.

Public long-term care systems are best placed to meet the needs of the present and the future than families. Yet in most countries, chronic underinvestment has left formal long-term care systems bereft of the resources needed to meet existing needs, let alone those of the future. Against this backdrop, the aim of this book is to set out the arguments, grounded in theory and evidence, for increased public investment in high-quality, universally accessible long-term care. Strong long-term care systems benefit everyone: households, economies, health systems, and societies. Experts from around the world provide a compelling case for why and how governments can (and should) take action.

► **Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2025**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR
L'AUTONOMIE
2025

Paris, C.N.S.A.
<https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2025>

Cette édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles en 2025.

► **Government Monitoring of Health Care Quality: Evidence from the Nursing Home Sector**

CHEN, Y. ET DILLENDER, M.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34037)
<https://www.nber.org/papers/w34037>

In contracting out, monitoring is an important policy tool to extract information on firm quality and incentivize quality provision. This paper examines a central quality inspection of nursing homes, a sector with significant welfare implications but widespread public concerns about its quality of care. Using data on nursing homes across the US, we find that nursing homes exhibit strategic responses to the inspection. Nursing homes increase the quantity and quality of labor inputs, reduce admissions, increase temporary discharges, and improve patient care in response to the inspection. However, nearly all responses described above drop immediately once the inspection is completed. While inspection rating is unlikely to reflect nursing homes' absolute quality given the strategic responses, using a quasi-experimental research design

we find that inspection rating predicts nursing homes' relative quality. Finally, we examine the effects of quality deficiency citations issued by the inspection on incentivizing nursing homes to improve quality of care, finding mixed impacts.

► **Comité de suivi des retraites : Avis 2025**

COMITÉ DE SUIVI DES RETRAITES

2025

Paris, C.S.R.

<https://www.csr-retraites.fr/avis-du-comite-suivi-retraites>

Le présent avis annuel du CSR aborde dans une première partie les perspectives financières du système de retraite. Il analyse ensuite le degré d'atteinte des objectifs d'équité inter et intragénérationnelle et de garantie d'un niveau de ressources aux retraités au regard des indicateurs récemment publiés par le COR. L'avis évoque, dans un troisième temps, quelques enjeux des débats actuels sur les retraites : effets croisés entre système de retraite et finances publiques, diversité des âges de départ à la retraite, caractérisation de l'impact de mesures d'équilibre financier sur les retraités, opportunité d'un recours accru à la capitalisation. Enfin, le comité de suivi émet des recommandations sur les leviers d'équilibre possibles du système de retraite pour respecter l'objectif de pérennité financière des régimes.

► **Le pari de l'autonomie sur la dépendance**

INSTITUT SANTÉ

2025

Paris, Institut Santé

<https://www.institut-sante.org/refondation-de-la-prise-en-charge-de-la-perde-dautonomie-des-personnes-agees-en-france-rapport-complet-septembre-2025/>

Dans ce rapport sur la refondation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France, l'Institut santé insiste sur la nécessité de prioriser le virage domiciliaire et propose un nouveau modèle de financement basé notamment sur la participation financière des retraités les plus aisés.

► **Cash or Care? Insights from the German Long-Term Care System**

KESTERNICH, I., ROMAHN, A. ET VAN BIESEBROECK, J.

2025

Munich, CESifo (CESifo Working Paper 11875)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5254204

The German universal long-term care (LTC) insurance program offers beneficiaries the choice between in-kind services and a cash benefit, which can be used for anything, including informal care. The optimal level of the cash benefit depends on substitution between formal and informal care options, the cost of public funds, and distributional considerations. To evaluate various policy options, we estimate a random-coefficients demand model for the period 1999-2015 using data on the universe of LTC patients supplemented with micro moments from the German Mikrozensus. Results show strong heterogeneity in patient preferences for the three different LTC options: informal, ambulatory and stationary care. A counterfactual analysis predicts that abolishing the cash subsidy leads to a decline in patient surplus that far outweighs the savings in public expenditure. It suggests that many countries could benefit from the introduction of a cash subsidy option for LTC.

► **Analyse des caractéristiques départementales et résidentielles favorisant l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées**

LABORDE, C., ANKRI, J. ET CAMBOIS, E.

2023

Gif-Sur-Yvette, Université Paris-Saclay

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/analyse-des-caracteristiques-departementales-et-residentielles-favorisant-lautonomie-fonctionnelle-des-personnes-agees/>

Dans un contexte de vieillissement de population, il est crucial de mieux comprendre comment environnement et autonomie fonctionnelle s'articulent. Comment les effets résidentiels interagissent-ils avec les caractéristiques individuelles (tel qu'état fonctionnel et niveau social) face aux restrictions d'activité ? À ce jour, aucune étude française n'a étudié ces mécanismes à l'échelle territoriale des départements. Deux enquêtes transversales ont été mobilisées pour identifier les facteurs départementaux et résidentiels associés à l'autonomie fonctionnelle : Vie Quotidienne et Santé 2014 (N=166 800, personnes âgées de 60 ans et plus) – Insee-CARE-Ménages Seniors 2015 (N=10 628, personnes âgées de 60 ans et plus) - Drees et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). À l'échelle des départements, les modèles multivariés utilisés ont mis

en évidence que les conditions socioéconomiques des départements et leur offre en services de santé et de support aux personnes âgées sont associées à l'autonomie fonctionnelle. À l'échelle des environnements résidentiels, plusieurs barrières environnementales ont été identifiées (diversité des commerces alimentaires, qualité des trottoirs, lieux de repos, marches/escaliers). Une pression croissante de l'environnement résidentiel sur l'autonomie fonctionnelle en fonction du nombre de limitations fonctionnelles est constatée. Les effets de ces barrières environnementales semblent être similaires pour toutes les personnes âgées, quels que soient les niveaux de diplôme. Ces résultats suggèrent qu'un ensemble de politiques (de santé mais aussi des politiques sociales, d'aménagement du territoire...) à des échelles départementales et locales pourraient être mobilisées comme un outil favorisant l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et seraient susceptibles d'avoir un impact sur un grand nombre de personnes âgées.

► **Ehpad : un résident sur dix est accueilli dans un établissement géré par l'un des cinq grands groupes d'Ehpad**

LOUVEL, A. ET MONIRIJAVID, S.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats 1346)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250903-ER-R%C3%A9sident-Ehpad>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie de nouveaux résultats sur les Ehpad privés à but lucratif en détaillant leurs caractéristiques selon l'appartenance ou non à un grand groupe d'Ehpad en 2022. Ces résultats s'appuient sur la base Badiane de 2022, qui rassemble des données administratives issues de plusieurs sources de données, ainsi que sur les données de l'Insee, issues du système d'immatriculation au répertoire des unités statistiques. L'étude analyse les spécificités des Ehpad appartenant à cinq grands groupes d'Ehpad, en les comparant aux autres établissements privés à but lucratif.

► **Trois quarts des Français préféreraient rester à domicile en cas de perte d'autonomie**

MIKOU, M., PIRUS, C. ET PALIOD, N.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats 1348)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250916_ER-Autonomie

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude concernant l'opinion des personnes résidant en France métropolitaine sur le financement des dépenses liées à la perte d'autonomie, d'une part, et sur le lieu de vie privilégié, d'autre part.

► **In Money, We Survive: The Effects of Social Security Retirement Income on Longevity**

NOGHANIBEHAMBARI, H. ET FLETCHER, J.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34199)

<https://www.nber.org/papers/w34199>

An old and debated line of research examines the income-mortality relationship and finds mixed evidence. In this paper, we re-evaluate previous studies using a new dataset and implementing a difference-in-difference model based on a Notch in Social Security retirement benefits to overcome selection and endogeneity issues. We employ Social Security Administration death records and find a positive income-longevity relationship. Moreover, we find more pronounced effects among low-educated individuals and people from low socioeconomic status families. Analyses using census data suggest that part of the reductions in retirement income are offset by wage income due to post-retirement labor force participation. Past age 80, the net adverse effects of the policy on both income and longevity become more pronounced.

► **Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel impact des Ehpad ?**

PENNEAU A., PERRONNIN M., PICHETTI S., *et al.*

2025

Paris, I.R.D.E.S. (Questions d'économie de la santé 300)

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/qes-300-prescriptions-potentiellement-inappropriees-de-benzodiazepines-quel-impact-des-ehpad.html>

Les benzodiazépines sont les médicaments anxiolytiques et hypnotiques les plus consommés en France. Leur utilisation prolongée est associée à une diminution de leurs effets (tolérance), à un risque de dépendance et à une augmentation des effets indésirables, tels que les troubles de la mémoire et les chutes. Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines sont très fréquentes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, notamment parmi les résidents d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Si ce phénomène peut s'expliquer par de nombreux facteurs indépendants de l'établissement, cette étude propose d'analyser le rôle propre de l'entrée en Ehpad sur ces prescriptions inappropriées. Les résultats montrent une augmentation de 10 points des prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines après l'entrée en Ehpad. Ces prescriptions sont souvent initiées durant les deux premiers trimestres suivant l'entrée en Ehpad pour les résidents n'ayant jamais consommé de benzodiazépines auparavant, et sont rarement interrompues par la suite. De même, il y a peu de déprescription pour les personnes qui sont entrées en établissement avec une prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines. Par ailleurs, les établissements qui disposent d'une proportion plus élevée d'infirmiers ou qui sont rattachés à un hôpital public présentent une hausse des prescriptions moins importante au moment de l'entrée en Ehpad. Ces résultats suggèrent qu'une réévaluation des traitements médicamenteux dans les deux trimestres après l'admission, un renforcement de l'expertise médicale dans les Ehpad, et un investissement dans le développement d'alternatives non médicamenteuses pour traiter l'anxiété et l'insomnie pourraient améliorer la qualité des prescriptions pour les résidents.

► Baromètre solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France en 2025

PETITS FRÈRES DES PAUVRES
2025

Paris, Petits Frères des pauvres

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/actualites/barometre-2025-les-10-chiffres-cles-de-lisolement-des-aines/>

Le 3^e Baromètre des Petits Frères des Pauvres révèle en 10 chiffres clés une réalité alarmante : l'isolement extrême des personnes âgées a bondi de +150 % en

moins de dix ans. Aujourd'hui, 750 000 aînés vivent en situation de mort sociale, privés de tout lien humain. Une situation qui pourrait concerner un million de personnes âgées d'ici 2030.

► Mortality risk factors in the Catalan long-term care system

PRADES-COLOME, A.
2025

Rochester, S.S.R.N.

<https://documentos.fedea.net/pubs/dt/2025/dt2025-10.pdf>

As populations age, understanding the health impact of long-term care systems is critical for shaping effective policy. This study investigates the association between long-term care benefits and mortality risk among older adults in Catalonia, Spain, using comprehensive administrative data from July 2015 to December 2024. The analysis focuses on individuals aged 50+ who were assessed for long-term care needs, categorizing them by severity (Grades I–III) and type of benefit received: home care, residential care, a combination of both or no benefit. Applying survival analysis techniques, including Kaplan-Meier estimators and Cox proportional hazards models, finds that individuals with long-term care needs receiving benefits have significantly lower mortality hazards. Notably, individuals transitioning from home to residential care exhibit the most favourable hazard ratios, suggesting that responsive care pathways are associated with better survival outcomes, potentially due to a most accurate matching of care to needs. Residential care alone is associated to higher mortality risk than home care in the population with the highest grades of long-term care needs. Individuals with recognized longterm care needs who do not receive any benefits face significantly higher risks, a pattern that may reflect the consequences of unmet care needs. Mortality risk varies by sex, age, and clinical profile, with higher hazards observed among men, older individuals, and those with haematological, neoplastic, or respiratory conditions. These findings underscore the association between formal long-term care systems and lower mortality risk and emphasize the importance of timely, adaptive care pathways in mitigating health decline among aging populations.

► **Is Managed Care Effective in Long-term Care Settings? Evidence from Medicare Institutional Special Needs Plans**

RAHMAN, M., MCGARRY, B. ET WHITE, E.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 34235)

<https://www.nber.org/papers/w34235>

Nursing homes face unique financial incentives that encourage under-investment in onsite clinical capabilities and overreliance on hospitals to triage and care for residents with dementia, contributing to high levels of health care spending for this population. A proposed solution to align incentives are Institutional Special Needs Plans (I-SNPs), which combine capitated financing with plan-provided onsite clinician presence. Using 12 million resident-quarters of data from 2016-2022, we exploit the timing of nursing homes' I-SNP contracting to instrument for plan enrollment and estimate causal effects on hospitalization and other health outcomes. We found that I-SNP enrollment reduced quarterly hospitalization rates by 3 to 4 percentage points, which equates to one third of hospitalizations relative to the sample mean. We do not find consistent evidence of an impact on other health outcomes and quality of care indicators.

Index des auteurs Author index

A

#ApresJ20 - Association Covid Long France	25
Abbafati, C.....	16
Ackley, C.....	17
Acquatella, A.	17
Afonso, G.P.....	37
Airparif	23
Ait Yahia, N.	21
Alessie, R.....	43
Allin, S.....	50
Amer, N.	36
Amghar, Y.G.....	17 , 18
Andriamboavonjy, T.....	32
Ankri, J.....	55
Annibali, C.	43
Arnold, D.....	29
Ascarza-Mendoza, D.....	45
Association Internationale de la Sécurité sociale.....	53
Aubineau, Y.	25

B

Baker, S.....	53
Balducchi, M.J.....	33
Baque, S.....	48
Bardhan, I.	32
Barnes, A.J.	51
Barros, P.	41
Beaussier, A.I.	47
Bello, A.H.	33
Bergemann, A.	43
Berlanda, A.....	54
Berut, T.	14
Black, N.....	33
Blavet, T.....	28
Bocognano, A.....	50
Boisguerin, B.	30
Bonal, M.	21 , 26
Bonnet, C.....	35
Bonnet, O.....	18
Bouckaert, N.	29
Bourgeois, I.	47

Bras, P.L.....	17 , 18
----------------	---------

C

Cabral, M.	52
Caisse centrale de la MSA	11
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	54
Cambois, E.	55
Carrino, L.	54
Cazenave-Lacrouz, A.....	30
Centre Technique des Institutions de Prévoyance	19
Chaignot, C.	36
Chapelet, C.....	17 , 18
Chastang, J.F.	53
Chen, Y.....	54
Cherubini, C.....	48
Chevillard, G.	26
Comité d'alerte de l'Ondam.....	11
Comité de suivi des retraites	55
Comité pour le développement durable en santé.....	36
Conseil international des infirmières	48
Corneloup, J.	45
Costemalle, V.....	25
Cour des comptes	11 , 18 , 42 , 43
Courtejoie, N.....	30
Cowan, B.....	45
Cuneo, P.	43
Curry, N.....	48
Cylus, J.	54

D

Dague, L.....	12
De Champs, C.....	30
Dehos, F.T.	39
Delage, V.	46
Delahaye, V.....	12
Delcroix-Lopes, S.	36
Delecourt, C.	19
Demas, P.	37
Devinaz, G.l.....	41

Didier, M.....	19
Dillender, M.	52 , 54
Ding, H.	11
Dixte, C.	32
Dodsworth, E.	48
Domnisoru, C.	34
Doucet, C.....	23
Dranove, D.	30
Dunn, A.	17
Durand, N.....	48
Dwibedi, E.....	17

E

École de Management de Grenoble	48
Eisenberg, M.	46
Espeseth, A.	12

F

Farre, L.	34
Fauchier-magnan, E.	43
Fauchon, A.	18
Fédération Hospitalière de France	15 , 31
Ferreira, D.C.....	37
Figueira, J.R.	37
Fletcher, J.	56
Fournier, C.	47
France Assos santé.....	34
Fresson, J.....	25

G

Gao, J.	35
Gaynor, M.....	30
Geddes, E.....	30
Geng, F.	31
Gertler, P.	16
Ge, Y.	46
Giorgi, D.	52
Godet, F.....	25
Golberstein, E.....	46
Gong, J.....	31
Gozalo, Pl.	31
Grajales, A.	21
Guillermo, V.....	42

H

Hackmann, M.B.....	20
Hamermesh, D.S.....	28
Hautcoeur, P.C.	20
Haut Conseil de la Santé Publique	39 , 44
Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.....	20
Haute Autorité de Santé.....	25
Havet, N.	41
Hou, R.	53
Hutchings, R.....	48

I

Institut National du Cancer	39
Institut Santé	55
Iqvia.....	37

J

Janben, R.....	15
Jayawardana, D.	33
Jiang, T.	31
Johnston, D.W.	33

K

Kauffmann, P.....	26
Kesternich, I.	55
Khenouf, M.	49
Kleiner, M.M.	49
Kulshreshtha, S.	34
Kwan, A.....	16

L

Laborde, C.	55
Lacroix, G.	33
Lavarde, C.....	41
Lavenir, F.....	20
Leboucher, E.....	45
Le Caignec, E.....	42
Ledesert, B.	35
Lefevre, M.....	29
Legal, R.	21



Lennon, C.	12
Lobont, C.	51
Lodigiani, E.	54
Louvel, A.	56
Lucas, B.	42
Lucas-Gabrieli, V.	26
Lundberg, D.J.	38
Luong, H.	34

M

Malinovskaya, A.	34
Mangeney, C.	26
Manski, C.F.	38
Marani, H.	50
Mariani, L.	20
Maripier, I.	33
Marmot, M.	35
Marone, V.	17
Mbaye, L.	28
McDonalds, C.	21
McGarry, B.	58
Meidani, A.	28
Mellace, G.	36
Mendez, S.	13
Mikou, M.	56
Millard, R.G.	29
Ministère chargé de la Santé.....	15 , 40
Momanyi, K.	15
Monirijavid, S.	56
Moreau, T.	32
Mullahy, J.	38
Myck, M.	28
Myerson, R.M.	12

N

Naegelen, C.	41
Nagnohou, C.	35
Narayankar, A.	13
Netter Epstein, W.	44
Nieddu, L.	16
Noghanibehambari, H.	56

O

Observatoire régional de santé Île-de-France...	27
Oh, Y.T.	49

Organisation de coopération et de développement économiques	22 , 24 , 38 , 40
Organisation Mondiale de la Santé	40 , 46
Or, Z.	24
Oung, C.	51
Oxholm, A.S.	49

P

Paliod, N.	56
Paul, M.	39
Penneau A.	56
Perronnin M.	56
Perruchon, C.	43
Petits Frères des pauvres	57
Pichetti S.	56
Picq, J.F.	49
Pilloux, A.	20
Pirus, C.	56
Poole, L.M.	49
Prades-Colome, A.	57
Pudal, R.	47

R

Radhakrishnan, N.	29
Rahman, M.	58
Reed, S.	51
Reif, S.	15
Rice, T.	51
Richards, M.	26
Robertson, C.	44
Rocco, L.	54
Rojas, J.S.	20
Romagny, A.S.	37
Romahn, A.	55
Rousset, J.F.	41

S

Sage, W.M.	51
Santuari, A.	51
Schafer, W.	39
Schubert, S.	15
Schwerer, C.A.	53
Scott, A.	13
Sellers, M.	22
Seppanen, A.V.	24

Setzler, B.....	32
Shenfield, F.	14
Simon, K.I.....	13
Sinigaglia, J.	47
Souyris, A.	37
Spearing, J.....	45
Spira, A.....	14
Steiny Wellsjo, A.	16
Strayer, A.L.	35
Suhard, V.....	22 , 46
Sultan-Taieb, H.	53

T

Taylor, E.	34
Tellier-poulain, M.....	46
Tello-Trillo, D.....	13
Touze, E.....	50
Turan-pelletier, G.	42

U

Ullern, A.	33
Unruh, L.Y.....	51
U.S. Government Accountability Office.....	19

V

Vall, J.	34
Van Biesebroeck, J.	55
Van den Heede, K.....	29
Van't Hoff, N.....	36
Vassalli, L.	23
Velasquez, C.	45
Ventelou, B.	26
Verger, P.	26
Vilain, A.....	25
Villeneuve, T.....	53
Ville, Y.	14
Vincent, R.....	21
Virlouvet, C.	20
Vojnovic, J.....	23
Von Hinke, S.	53

W

Wang, S.	31
---------------	----

Wang, X.....	11
Wehby, G.....	35
Wen, W.....	32
Wharton, G.	54
White, E.	58

X

Xu, X.....	11
------------	----

Y

Yong, J.	13
Yuan, M.....	32

Z

Ziebarth, N.R.	20
---------------------	----