

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Avril 2025 / April 2025

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie *Health Insurance*

- 9** **Public Coverage of Dental Care: Universal or Targeted?**
Brekke, K.R., Straume, O.R. et Siciliani, L.
- 9** **The Dynamic Fiscal Costs of Outsourcing Health Insurance - Evidence from Medicaid**
Layton, T. et Politzer, E.
- 9** **Determinants of Non-Enrollment in Public Health Insurance Among Foreign Residents in Japan: An Empirical Analysis Based on Pooled Cross-Sectional Data**
Lu, Y.

Démographie *Demography*

- 10** **Bilan démographique 2024 : En 2024, la fécondité continue de diminuer, l'espérance de vie se stabilise**
Thelot, H.
- 10** **En France, la satisfaction dans la vie est la même qu'il y a 10 ans**
Duee, M., Gleizes, F. et Solard, J.

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

- 11** **Leading Practices for the Future of Telemedicine: Implementing Telemedicine Post-Pandemic**
Keelara, R., Sutherland, E. et Almyranti, M.
- 11** **Pour une intelligence artificielle au service de l'intérêt général**
Meyer, E. et Tordeux bitker, M.
- 11** **Télésurveillance médicale : levier d'avenir pour notre système de santé**
Millet, L.

- 11** **Télésurveillance médicale : Les soignants, moteurs d'une transformation durable**
Millet, L.
- 12** **Télésurveillance médicale : une pratique d'avenir à encadrer, développer et soutenir**
Millet, L.
- 12** **Mettre l'intelligence artificielle au service de la santé : État des lieux des actions engagées en matière d'intelligence artificielle en santé pour accélérer l'innovation**
Ministère chargé de la Santé

Economie de la santé *Health Economics*

- 13** **The Political Economy of the Public/Private mix in Healthcare: Assessing the Decongestion Effect Argument**
Andresciani, C., Di Gioacchino, D. et Sabani, L.
- 13** **La protection sociale en Europe en 2023**
Berut, T., Troy, L. et Didier, M.
- 13** **Public Expenditure in the Last Year of Life**
Cummins, L., Julian, S. et Georghiou, T.
- 13** **How Much Are Medical Innovations Worth? A Detailed Analysis Using Cost-Effectiveness Studies**
Dunn, A., Fernando, L. et Liebman, E.
- 14** **Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**
Drees
- 14** **L'assurance santé en 2023**
France Assureurs
- 14** **The Distributional Implications of Itemized Medical Deductions**
Goda, G.S., Lurie, I. et Parikh, P.S.
- 14** **The Effect of US COVID-19 Excess Mortality on Social Security Outlays**
Heun-Johnson, H., Lakdawalla, D., Reif, J., et al.

- 15 Health Economics. An international perspective**
Mcpake, B., Normand, C., Smith, S., et al.
- 15 Analyse de la croissance des dépenses de santé en France et en Allemagne : Décomposition des effets de prix et de volume**
Mueller, J.E., Milstein, R. et Fron, P.
- 16 Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède**
Pichetti, S. et Espagnacq, M.
- 16 État des lieux du financement de la protection sociale**
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale

Environnement et santé Environmental Health

- 17 Plan national santé environnement 3 (PNSE3). La santé environnementale dans les transports : Impacts de la qualité des transports du quotidien sur la santé**
Cerema
- 17 Pollution urbaine dans l'UE : Les villes sont encore trop bruyantes, mais l'air y est plus pur**
Cour des comptes européenne
- 17 Estimation de la morbidité attribuable à l'exposition à long terme à la pollution de l'air ambiant et de ses impacts économiques en France hexagonale, 2016-2019. Volume 1 : Évaluation quantitative d'impact sur la santé (EQIS-PA)**
Medina, S., Corso, M. et Chanel, O.
- 18 Méthodologie d'évaluation de l'empreinte carbone des médicaments**
Ministère chargé de la Santé
- 18 Décarbonons les industries du médicament. Rapport intermédiaire**
The Shift Project

État de santé Health Status

- 18 Avis relatif à la caractérisation et évaluation des impacts sur la santé de la consommation d'aliments dits ultratransformés**
Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
- 19 Could reliable data on breast cancer actually save lives?**
Perrault, T. et Strumpf, E.C.
- 19 Drogues et addictions, chiffres clés 2025**
Observatoire français des drogues et des tendances addictives

Géographie de la santé Geography of Health

- 19 Avancée en âge : comment agir pour la santé dès la mi-vie**
Vignollet, C., Soleymani, D. et Hamel, E.
- 19 Deprivation Payments, Regional Disparities in Birth Outcomes, and the Role of Community Midwife**
Vidiella-Martin, J., Van Ourti, T. et Bertens, L.

Handicap Disability

- 20 Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité, les parcours de soins et d'accompagnement de personnes en situation de handicap. L'exemple de trois pathologies invalidantes**
Duchaine, F.
- 20 30^e rapport sur l'état du mal-logement en France 2025**
Fondation Abbé Pierre

Hôpital Hospital

- 21 Les métiers de la santé changent, anticipez ! Panorama des métiers en émergence**
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

21 Effects of Private Health Insurance on the Substitution of Private-Public Hospital Care: Evidence from a Natural-Experiment in Australia

Ananuev, M., Yong, J. et Zhang, Y.

21 Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences

Delort, L. et Delage, S.

21 Non-Profit Hospital Governance, Conduct, and CEO Pay

Kessler, D. et Wygal, W.

22 Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Haute Autorité de Santé

22 Permanence des soins en établissement de santé : les résultats de l'enquête 2024

Ministère chargé de la Santé

22 Estimating Variability in Hospital Charges: The Case of Cesarean Section

Perfilyeva, A., Raghavendra Miskin, V. et Aven, R.

23 Estimating Covid-19 Associated Hospitalizations, Icu Admissions, and In-Hospital Deaths Averted in the United States by 2023-2024 Covid-19 Vaccination: A Conditional Probability, Causal Inference, and Multiplier-Based Approach

Ryan, W., Owen, D. et Megan, W.

23 The Deadly Consequences of Labor Scarcity: Evidence from Hospitals

Schlenker, O.

23 Comment maîtriser le budget national des hôpitaux dans un système de financement par admission basé sur les DRG ?

Van de Voorde, C., Lefevre, M., Van den Heede, K., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

24 Do the Poor Gain More? The Impact on Health Inequality of Changes in Public Expenditure on Secondary Care

Anaya-Montes, M., Grasic, K. et Lomas, J.

24 Education and Dementia Risk

Barcellos, S.H., Carvalho, L. et Langa, K.

24 L'Inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes en France

Gilard, M., Komajda, M., Desnos, M., et al.

25 What is your Million Dollar Disease? A Bioethical Approach to Health Care Equity in an Unequal Society

Starren, J.

Méthodologie-Statistiques Methodology-Statistics

25 L'appariement de l'EIR de 2016 et des RI-APA-ASH de 2017

Aubert, P.

25 Guide méthodologique de recherche documentaire

Blondet, E., Cecchin, M. et Divol-Fabre, E.

25 Étude de la faisabilité et de l'intérêt de la mesure d'indicateurs de qualité et sécurité des soins sur les entrepôts de données de santé hospitaliers

Haute Autorité de Santé

Politique de santé Health Policy

26 EU Country Cancer Profiles Synthesis Report 2025

Organisation de coopération et de développement économiques

26 Evaluating the Impact of Interventions Addressing Health Behaviour: Considerations and Tools for Policy-Makers

Organisation Mondiale de la Santé

Prévention Prevention

27 Better Letters – Evidence and Considerations from the Behavioural Sciences: Behavioural and Cultural Insights Policy Brief Series

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe

Psychiatrie Psychiatry

- 27** **Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne**
Bensadon, A.C., De Wilde, D. et Magne, P.
- 27** **Les zonages de santé mentale en France : une approche spatialisée de la justice et de l'injustice**
Bourin, C.
- 28** **Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du C.C.N.E.**
Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé
- 28** **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » : Episode n° 1 : Le système de santé mentale français : décryptage d'une organisation spécifique**
Coldefy, M. et Gandre, C.
- 28** **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » : Épisode n° 2 : Soins psychiques - soins somatiques : liaisons fatales ?**
Coldefy, M. et Gandre, C.
- 29** **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » : Épisode n°3 : Entre les murs : les pratiques privatives de liberté en psychiatrie**
Coldefy, M. et Gandre, C.
- 29** **Childhood Mental Health and Long Run Financial Outcomes**
Cvijanovic, D., Wiedemann, M. et Wu, A.
- 29** **Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : les propositions de la FHF**
Fédération Hospitalière de France
- 29** **Student Mental Health: Mental Health in Europe: Learning the lessons**
Hart, K., Borella, A. et Breslin, T.
- 30** **L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale**
Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'âge
- 30** **Programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS**
Haute Autorité de Santé

- 30** **Providers, Places, and Children's Mental Health Care**
Swagel, S.

- 30** **Le financement des établissements de psychiatrie et de santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE. Bibliographie thématique**
Safon, M.O. et Suhard, V.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 31** **Le revenu des pharmaciens redynamisé pendant les années de crise sanitaire**
Arnold, C.
- 31** **Incentivizing Physicians' Diagnostic Effort and Test with Moral Hazard and Adverse Selection**
Bardey, D., De Donder, P. et Leroux, M.L.
- 31** **Étude sur les délais de rendez-vous des médecins spécialistes dans le Grand Est**
Bour, T., Deprez, L. et Raynaud, J.
- 31** **On the role of personality traits in shaping responses to physician payment systems**
Brosig-Koch, J., Hennig-Schmid, H. et Kairies-Schwarz, N.
- 32** **Evolution métier socle Infirmière généraliste Livre blanc – compilation des travaux 2020-2024**
Conseil National Professionnel Infirmier
- 32** **Évaluation du Projet Article 51 « As du Cœur Multicentrique » : Rapport final d'évaluation**
Donio, V. et Bezannier, L.
- 32** **Radiating influence? Spillover effects among physicians**
Empel, G.V., Avdic, D. et Khalil, U.
- 33** **Multidisciplinary Primary Care Groups (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, MSPs) and the Long Path to Team Practice**
Fournier, C., Morize, N. et Moyal, A.
- 33** **The Power of Daughters: How Physicians Family Influences Female Patients Health**
Goertz, M., Kristiansen, I.L. et Wang, T.

33 The Role of Physician Altruism in the Physician-Industry Relationship: Evidence from Linking Experimental and Observational Data

Huang, S., Li, J. et Basu, A.

34 Prescribing Power and Equitable Access to Care: Evidence from Pharmacists in Ontario, Canada

Hoagland, A. et Wang, G.

34 Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels

Lepine, C., Loulergue, P. et Magnier, A.

34 Knowledge Growth and Specialization: Evidence from Oncologists

Lozinski, M.

34 Les coûts de l'autonomie : Économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires

Morize, N.

35 What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers?

Organisation de coopération et de développement économiques

35 Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique

Scemama, A., Mick, G. et Druel, V.

35 Imaginer les soins primaires de demain

Senn, N., Bourgueil, Y., Breton, M., et al.

Systemes de santé Health Systems

36 General Practice in England

Gajjar, D. et Powell, T.

36 L'installation des professionnels de santé en Allemagne

Sénat

Travail et santé

Occupational Health

36 The Impact of Parental Job Security on Children's Health

Aparicio Fenoll, A., Fernandez-Baldor Laporta, P. et Vall Castello, J.

37 L'Essentiel 2023 - Santé et sécurité au travail

Caisse nationale de l'Assurance Maladie

37 The Effects of Layoffs on Opioid Use and Abuse

Morthorst, M., Price, D. et Thingholm, P.

37 Se tenir debout. Un siècle de luttes contre les souffrances au travail

Ponge, R.

37 Paid Sick Leave and the Employment and Employment Intensity of Older Workers

Slopen, M.

Vieillesse

38 Rapport de la branche Autonomie 2024

Alimi, L., Azoulai, V. et Boisson-Cohen, M.

38 Home vs. Nursing Care: Unpacking the Impact on Health and Well-Being

Bassoli, E., Lefebvre, M. et Schoenmaeckers, J.

38 Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire des personnes âgées de 75 ans et plus

Benetos, A., Bauduceau, B., Belmin, J., et al.

39 Nursing Home Shortage and Hospital Bed-Blocking

Bergmann, L., Heger, D. et Wuckel, C.

39 Le répertoire de gestion des carrières unique : un projet ambitieux, un suivi des coûts peu transparent (RGCU)

Cour des comptes

39 Situation financière et perspectives du système de retraites

Cour des comptes

39 Social Protection Committee, Annual Report 2024 Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and developments in social protection policies

European commission

40 Health Insurance as Economic Stimulus? Evidence from Long-Term Care Jobs

Hackmann, M.B., Heining, J. et Klimke, R.

- 40 Avis portant sur le projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpad totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH**
Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'âge
- 40 The Rise of Person-centered Care: Effects of Single-Room Nursing Home Quotas on Long-Term Care**
Herr, A., Lückemann, M. et Reichert, A.
- 41 Long-term care policies in practice- A European perspective**
Hougaard Jensen, S.E., Pinkus, D. et Ruer, N.
- 41 The Well-Being Costs of Informal Caregiving**
Kramer, M.D. et Bleidorn, W.
- 41 Les retraites en France : de 1991 au conclave de 2025**
Le Cercle de l'Épargne
- 42 Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022**
Louvel, A. et Monirijavid, S.
- 42 Mortality Regressivity and Pension Design**
Pashchenko, S., Jang, Y. et Porapakkarm, P.
- 42 Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité**
Penneau, A. et Or, Z.
- 43 Prise en charge des personnes âgées et organisation de l'hôpital en Allemagne et au Danemark**
Sénat

Assurance maladie

Health Insurance

► **Public Coverage of Dental Care: Universal or Targeted?**

BREKKE, K.R., STRAUME, O.R. ET SICILIANI, L.
2025

Bergen, Norwegian School of Economics and Business Administration (NHH Dept. of Economics Discussion Paper 02/2025)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5112876

This paper analyses the impact of public dental care coverage-universal versus targeted-on access, pricing, and public spending in a model with two competing dental practices and heterogeneous patient income groups. We evaluate two types of reimbursement schemes: fixed subsidies and cost sharing. Our findings show that public coverage improves access for low-income patients but increases producer prices due to reduced price elasticity of demand. Targeted coverage provides greater access at lower public cost compared to universal coverage, especially under cost-sharing schemes. With fixed subsidies, both schemes achieve similar access, but targeted coverage remains more cost-efficient. The policy that maximises utilitarian welfare is targeted coverage with a fixed subsidy, balancing improved access for low-income patients against higher prices for high-income patients. This trade-off highlights challenges in implementing targeted policies but provides insights for designing efficient and equitable public dental care systems.

► **The Dynamic Fiscal Costs of Outsourcing Health Insurance - Evidence from Medicaid**

LAYTON, T. ET POLITZER, E.
2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33302)

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w33302/w33302.pdf

Setting payment rates for providers contracted over multiple periods is a persistent challenge in government procurement. We study the dynamics of fiscal costs following the outsourcing of Medicaid provision to private health insurers by states. We focus on beneficiaries with disabilities who account for a third of Medicaid's spending. Using a national administrative

database, we identify county-level private plan enrollment mandates and exploit them as an instrument for individuals' transition to managed care plans. These transitions, while initially slightly reducing fiscal costs, lead to a continuous increase in Medicaid's costs over subsequent years. Counties subject to mandates experience a 9.8% higher cost four years post-mandate compared to those without mandates. "Actuarially sound" endogenous payment rates, that are based on past costs in the market, may serve as mechanism underlying the rising spending.

► **Determinants of Non-Enrollment in Public Health Insurance Among Foreign Residents in Japan: An Empirical Analysis Based on Pooled Cross-Sectional Data**

LU, Y.
2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4971277&dgcid=ejournal_html

Due to liberalized immigration policies in recent years, the number of foreign residents in Japan has surged. However, the issue of some foreign residents lacking public health insurance persists. This situation can negatively impact their future utility and may also generate negative externalities for the public health system due to their inability to access timely medical services, thereby leading to broader social and economic uncertainties. This study is the first to utilize microdata from nationwide repeated cross-sectional surveys to construct pooled cross-sectional data and uses binary logistic regression analysis to explore the potential factors influencing public insurance enrollment among foreign residents in Japan. Our analysis reveals that unemployment or job-seeking status, unclear employment forms, income limitations, and a lack of concern about personal health significantly and negatively influence participation in public health insurance programs. Conversely, higher Japanese proficiency substantially reduces the likelihood of being uninsured. Additionally, the residential area significantly affects foreign residents' participation in these programs. Furthermore, our findings indicate that changes in the external environment, marked by

a sharp increase in pandemic infections, may significantly influence foreign residents' participation in

public health insurance programs.

Démographie

Demography

► Bilan démographique 2024 : En 2024, la fécondité continue de diminuer, l'espérance de vie se stabilise

THELOT, H.

2025

Insee Première (2033)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319>

Au 1^{er} janvier 2025, la France compte 68,6 millions d'habitants, soit 0,25 % de plus qu'un an auparavant. En 2024, 663 000 bébés sont nés en France. C'est 2,2 % de moins qu'en 2023 et 21,5 % de moins qu'en 2010, année du dernier pic des naissances. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,62 enfant par femme, après 1,66 en 2023. Depuis la fin de la Première Guerre mondiale, cet indicateur n'a jamais été aussi bas. En 2024, 646 000 personnes sont décédées en France, soit +1,1 % par rapport à 2023. Cette hausse est liée à l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom à des âges de forte mortalité. L'espérance de vie à la naissance se stabilise à un niveau historiquement élevé : 85,6 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes. Le solde naturel s'établit à +17 000 en 2024, soit le niveau le plus faible depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Avec 247 000 célébrations, le nombre de mariages augmente légèrement en 2024. Le nombre de Pacs conclus diminue en 2023, mais reste au niveau élevé de 204 000.

► En France, la satisfaction dans la vie est la même qu'il y a 10 ans

DUEE, M., GLEIZES, F. ET SOLARD, J.

2025

Insee focus (347)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8352111>

En 2023, en France, les personnes âgées de 16 ans ou plus attribuent en moyenne une note de satisfaction de 7,2 sur 10 à la vie qu'elles mènent actuellement. Ce niveau de satisfaction, proche de la moyenne euro-

péenne, a peu évolué depuis 2014. La satisfaction dans la vie, comme la majorité des indicateurs de bien-être, augmente avec le niveau de vie et diminue quand l'état de santé se dégrade. Les plus jeunes font en moyenne moins confiance aux inconnus, mais sont plus satisfaits de leurs relations personnelles. À l'opposé, les plus âgés ont un sentiment d'être seul plus fréquent et un sentiment d'être heureux moins présent. Les personnes vivant en couple sont en moyenne plus satisfaites de leur vie que celles vivant seules. Enfin, les habitants des DOM sont moins satisfaits de leur vie que ceux de l'Hexagone.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Leading Practices for the Future of Telemedicine: Implementing Telemedicine Post-Pandemic**

KEELARA, R., SUTHERLAND, E. ET ALMYRANTI, M.

2025

Paris, O.C.D.E. (OECD Health Working Paper 173)

https://www.oecd.org/en/publications/leading-practices-for-the-future-of-telemedicine_496a8ffe-en.html

Telemedicine has transformed how healthcare is delivered, emerging from a pandemic necessity to a cornerstone of modern health systems. This fast-track report explores how OECD countries have embedded telemedicine into everyday care and the implications on equitable access, sustainable funding, and data-driven decision-making. Through in-depth discussions with experts and analysis of telemedicine practices across OECD countries, this paper identifies leading practices across data collection, innovative financing models, inclusive governance, and integration into care models. The post-pandemic use of telemedicine introduces challenging policy questions on its impact, equity, and financial sustainability. OECD countries varied in their ability to meet leading practices, but the best performers had dynamic telemedicine implementation with granular data, continuous Évaluation, embedded stakeholder engagement, and models to scale innovative telemedicine care models. Adhering to the identified leading practices ensures that in the post-pandemic era, telemedicine is implemented equitably and sustainably to support resilient health systems.

► **Pour une intelligence artificielle au service de l'intérêt général**

MEYER, E. ET TORDEUX BITKER, M.

2025

Paris, Cese (Les avis du Cese.)

<https://www.lecese.fr/actualites/la-contribution-de-la-societe-civile-au-sommet-pour-l'action-sur-l'intelligence-artificielle>

Cet avis permet d'aborder de façon transverse mais complète l'ensemble des sujets relatifs au déploiement de l'IA dans notre société : économie, démocratie, social et acceptabilité en entreprise, services publics, santé, éducation... L'objectif est de dresser un panorama des impacts et perspectives de l'IA. Depuis

10 ans, les politiques publiques en France mettent l'accent sur le développement économique s'agissant d'IA. Pour le CESE, de nombreuses questions essentielles sur les conséquences de ce développement n'ont pas été posées, et doivent aujourd'hui être adressées. Cet avis propose ainsi un cadre d'acceptabilité globale et transverse du déploiement de l'IA dans notre société.

► **Télésurveillance médicale : levier d'avenir pour notre système de santé**

MILLET, L.

2024

Paris, Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/series/telesurveillance-medicale>

Explosion des maladies chroniques, vieillissement accéléré, services d'urgence saturés : nos systèmes de santé sont éprouvés et peinent à faire face à ces bouleversements. La télésurveillance des patients, et les soins à distance qu'elle permet, ouvre un horizon prometteur qui n'est pas sans défis. Quels peuvent être les cadres réglementaires et les domaines d'application ? Comment construire de nouveaux parcours de soin et les faire accepter tant par les patients que les soignants ? En comparant les approches aux États-Unis et en France, Laure Millet explore en quatre épisodes la télésurveillance médicale des patients, une solution numérique émergente qui pourrait s'avérer être l'avenir des parcours de santé.

► **Télésurveillance médicale : Les soignants, moteurs d'une transformation durable**

MILLET, L.

2024

Paris, Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/expressions/telesurveillance-medicale-les-soignants-moteurs-dune-transformation-durable>

La mise en œuvre des programmes de télésurveillance médicale exige une transformation ambitieuse et durable des parcours de soins, à l'heure où nos systèmes de santé restent majoritairement organisés autour d'interventions ponctuelles et curatives.



Les soins à distance sont une opportunité unique de repenser cette organisation en favorisant des prises en charge préventive et personnalisée. Afin d'en exploiter pleinement le potentiel, il est crucial de former les professionnels de santé et de les doter des outils et savoir-faire indispensables à l'appropriation de ces nouvelles technologies. Passer d'une médecine ponctuelle et épisodique à une médecine continue de suivi à distance nécessite d'instaurer une culture du changement, orientée vers l'innovation et l'adaptation, pour mieux répondre aux besoins des patients et aux priorités de santé publique.

► **Télésurveillance médicale : une pratique d'avenir à encadrer, développer et soutenir**

MILLET, L.

2024

Paris, Institut Montaigne

<https://www.institutmontaigne.org/expressions/telesurveillance-medecale-une-pratique-davenir-encadrer-developper-et-soutenir>

La télésurveillance médicale repose sur des réglementations et des politiques de remboursement essentielles à son développement et à son adoption, tant par les patients que les équipes de soins. Bien que les approches diffèrent entre l'Europe et les États-Unis en raison des spécificités de leurs systèmes de santé respectifs, les objectifs poursuivis sont similaires : améliorer l'efficacité des dépenses de santé, cibler les pathologies les plus pertinentes, permettre un déploiement à grande échelle, optimiser la prise en charge des patients et, à terme, obtenir de meilleurs résultats de santé. Ces ambitions répondent à des enjeux mondiaux tels que l'augmentation des dépenses de santé et la pénurie croissante de personnel soignant. Dans ce contexte, l'évolution des politiques de financement, l'intégration des innovations technologiques et le rôle central des patients sont des leviers indispensables pour garantir l'utilité et la pérennité de la télésurveillance médicale.

► **Mettre l'intelligence artificielle au service de la santé : État des lieux des actions engagées en matière d'intelligence artificielle en santé pour accélérer l'innovation**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/publication-de-l'état-des-lieux-de-l'intelligence-artificielle-ia-en-santé-en>

Ce document stratégique fait le point sur les avancées et les perspectives du déploiement de l'IA dans notre système de santé, tout en offrant aux acteurs de terrain une vision structurée et concrète des actions engagées. L'intelligence artificielle est un levier majeur pour transformer les pratiques médicales et améliorer les parcours de soins. Elle permet d'optimiser les diagnostics, d'automatiser certaines tâches administratives pour redonner du temps aux soignants, et de fluidifier les parcours de prise en charge des patients. L'état des lieux de l'IA en santé présente : Les actions pour évaluer les bénéfices et les risques pour les patients et les professionnels : amélioration des diagnostics, personnalisation des soins et gestion optimisée des ressources, par exemple ; Les actions mises en place pour soutenir l'innovation dans les projets embarquant de l'IA, notamment, dans le cadre des investissements France 2030 et de la stratégie d'accélération "Santé Numérique" (SASN) ; Un cadre d'évaluation, de régulation et des principes éthiques pour assurer une IA de confiance et sécurisée, adaptée aux exigences du secteur de la santé

Health Economics

► **The Political Economy of the Public/Private mix in Healthcare: Assessing the Decongestion Effect Argument**

ANDRESCIANI, C., DI GIOACCHINO, D. ET SABANI, L.
2024

Roma, Sapienza Universita de Roma (Working paper in Public Economics; 253)

<https://www.dipecodir.it/wpsap/data/wp253.pdf>

This paper examines the “decongestion effect” argument, which suggests that the expansion of the private healthcare sector can reduce pressure on the public healthcare system, thereby improving access and quality of care for public sector patients. To this purpose, we develop a probabilistic voting model that endogenizes the public healthcare budget and incorporates a private sector where agents, differentiated by income, can opt out of the public system while still contributing fiscally. Our findings indicate that a higher proportion of individuals opting out leads to lower political support for public healthcare and a decline in public healthcare quality, ultimately negating the decongestion effect argument. Using data from 26 European countries, we empirically test our model by examining the relationship between unmet medical needs -used as a proxy for the quality of public healthcare sector- and private health insurance coverage. After controlling for individual and country-level characteristics, our results indicate that as private insurance coverage expands, income disparities in unmet medical needs widen wealthier individuals benefit more, while poorer individuals face increased unmet needs, providing no evidence supporting the decongestion effect.

► **La protection sociale en Europe en 2023**

BERUT, T., TROY, L. ET DIDIER, M.
2025

Dossiers de la Drees (127)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/250129_DD_protection-sociale-europe-2023

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une comparaison internationale des dépenses de protection sociale en Europe en 2023. Sept risques sociaux sont distin-

gués : maladie, invalidité, vieillesse survie, famille, emploi, logement et pauvreté exclusion sociale. En 2023, les dépenses pour les prestations de protection sociale représentent en moyenne 26,6 % du PIB dans les pays de l'UE-27 et 31,5 % du PIB en France, avec des écarts marqués entre zones géographiques : les pays du nord et de l'ouest de l'Europe consacrent davantage de ressources à la protection sociale que les pays de l'est de l'Europe. En 2023, les dépenses de protection sociale en euros constants sont quasi-stables (+0,1 %) en moyenne dans les pays européens, après 3,3 % en 2022. Les évolutions demeurent souvent en deçà des tendances observées sur la période 2012-2022 (+1,7 % par an en moyenne dans l'UE 27).

► **Public Expenditure in the Last Year of Life**

CUMMINS, L., JULIAN, S. ET GEORGHIOU, T.
2025

Londres, Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/public-expenditure-in-the-last-year-of-life>

Supporting people at the end of life is a crucially important element of public spending, yet there is remarkably little evidence available on how much money is being spent on it, and what that money goes on. The Nuffield Trust and the Health Economics Unit were commissioned by Marie Curie to estimate the range of public expenditure that supports the care of people in their last year, to help inform national and local funding decisions to improve services for people at the end of life.

► **How Much Are Medical Innovations Worth? A Detailed Analysis Using Cost-Effectiveness Studies**

DUNN, A., FERNANDO, L. ET LIEBMAN, E.
2024

Washington, US Department of Commerce (BEA Working Paper Series WP2024-8)

<https://www.bea.gov/system/files/papers/BEA-WP2024-8.pdf>

Medical innovation is a key driver of cost growth and improved life expectancy, but measuring the welfare contribution of innovations is challenging. We leverage

thousands of medical studies to estimate the quality of treatments for 13 health conditions and combine these estimates with insurance claims data to quantify how innovations diffuse and their impact on costs and quality. Across nearly all conditions we study, we find higher quality innovations diffuse. Like markets outside of healthcare, we find innovations can improve consumer welfare substantially. However, we also observe a phenomena arguably unique to healthcare, cases where innovation reduces consumer welfare.

► **Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**

DREES

2024

Paris, Drees

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/241218_RAPPORT_hausse-des-cotisations

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie le rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Ce rapport analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie.

► **L'assurance santé en 2023**

FRANCE ASSUREURS

2024

Paris, France Assureurs

<https://www.franceassureurs.fr/nos-chiffres-cles/assurance-sante-en-2023/>

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère en 2023 (+5,2 % après +4,0 % en 2022) et représente 249,0 Md€. L'accélération est portée par le dynamisme de la consommation des soins hospitaliers (+5,7 %) et de celle des soins ambulatoires (+5,7 %). Le financement de la CSBM par les régimes publics augmente en 2023 (+0,1 pp à 80,1 %) tout comme celui des organismes complémentaires – OC – (+0,1 pp, à 12,4 %1) au bénéfice de celui des ménages qui recule (–0,2 pp à 7,5 %). La légère hausse du financement supporté par les OC résulte d'une hausse de celui des entreprises d'assurance (+0,3 pp à 4,3 % de

la CSBM) associée à une baisse de celui des mutuelles (–0,1 pp à 5,6 %) et des institutions de prévoyance (–0,1 pp à 2,5 %).

► **The Distributional Implications of Itemized Medical Deductions**

GODA, G.S., LURIE, I. ET PARIKH, P.S.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33157)

<https://www.nber.org/papers/w33157>

Approximately \$76 billion in out-of-pocket medical spending was deducted as an itemized medical deduction (IMD) in 2021, resulting in about \$9 billion in federal forgone tax revenue. We use data from U.S. tax returns to examine how these tax savings are distributed across income and age, how the distributions differ from the mortgage interest deduction, and how the distributions changed with the 2017 Tax Cuts and Jobs Act. While a given level of medical spending is less likely to be above the income threshold for higher-income households, itemization rates and marginal tax rates increase with income, resulting in tax savings skewed towards higher-income taxpayers: 94 percent of the tax savings accrue to those in the top half of the income distribution. The tax savings are also highly concentrated at older ages, with 42 percent accruing to those over age 65. Using rich survey data on out-of-pocket medical spending, we illustrate how the distribution of tax savings varies across policy alternatives. We find that expanding eligibility for the tax subsidy would likely reduce the concentration of tax savings at higher incomes and increase the concentration of tax benefits at older ages.

► **The Effect of US COVID-19 Excess Mortality on Social Security Outlays**

HEUN-JOHNSON, H., LAKDAWALLA, D., REIF, J., *et al.*

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33465)

<https://www.nber.org/papers/w33465>

The COVID-19 pandemic has resulted in significant excess mortality among the US population, impacting the future outlays of the US Social Security Administration (SSA) Old Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI) program. This study aimed to estimate the net effects of pandemic-induced excess deaths on OASDI liabilities, utilizing dynamic micro-simulation models, and examined how these effects

vary across different socioeconomic and racial-ethnic groups. Data on excess deaths were obtained from the CDC and processed to account for seasonal variations and demographic disparities. The simulation incorporated demographic and health status variables to project OASDI retirement and disability benefits, and survivors' benefits for spouses and children, for respondents with highest COVID mortality risk. The pandemic resulted in approximately 1.7 million excess deaths among individuals aged 25 and older between 2020 and 2023. These premature deaths reduced future retirement payments, which increased the Social Security fund by \$294 billion. However, this gain was offset by reductions in future payroll tax flows (\$58 billion) and increased payments to surviving spouses and children (\$32 billion), resulting in a net impact of \$205 billion. Non-Hispanic Black and Hispanic decedents left behind more underage children per capita, yet payments to their surviving family members were lower compared to non-Hispanic White decedents, across all educational levels. Excess mortality during the COVID-19 pandemic has complex implications for the OASDI program. While there is an estimated net positive financial impact due to reduced future retirement benefits, this effect is mitigated by decreased payroll tax contributions and increased survivors' benefits. The differential impact by race and ethnicity highlights existing inequalities and underscores the importance of considering demographic disparities in future projections of Social Security liabilities. These findings provide critical insights for informing SSA trust fund projections and policy decisions.

► **Health Economics. An international perspective**

MCPAKE, B., NORMAND, C., SMITH, S., *et al.*

2020

Londres, Routledge

Health Economics: An International Perspective is the only textbook to provide a truly international, comparative treatment of health economics. Offering an analysis of health systems across borders, the fourth edition of this key text has been updated and revised to take account of changes in a host of countries. This edition features an expanded introduction, providing better grounding for many of the examples that come in subsequent chapters and making it easier for non-health care experts to see the links between the theory, the examples and the health care system components. It also boasts a restructured format, dividing the book

into two broad sections: the first focuses on ideas and principles, along with evidence on their applications in the health sector, whereas the second focuses on introducing core tools and techniques used in applied health economics research. Further updates to this edition include: two new chapters on applied econometrics; a new chapter on equity, focusing on equity in access to health care, paying particular attention to how access and need for health care are defined and measured in applied research; a new chapter on emerging issues for health systems that are emanating from a series of global transitions both within (e.g. demographic change, epidemiological change, the global resolution on universal health coverage) and without the health sector (e.g. economic transitions). Throughout the text, examples and illustrations are taken from a wide range of settings and world regions, providing a unique overview of the performance of different health systems (4^e de couv.)

► **Analyse de la croissance des dépenses de santé en France et en Allemagne : Décomposition des effets de prix et de volume**

MUELLER, J.E., MILSTEIN, R. ET FRON, P.

2025

Paris, O.C.D.E. (OECD Health Working Paper 174)

https://www.oecd.org/fr/publications/analyse-de-la-croissance-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande_a1cb3bba-fr.html

Comme les dépenses de santé n'ont cessé de croître au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, il est essentiel d'analyser si cette croissance est due à l'augmentation du volume des biens et services de santé consommés ou à celle des prix. Dans des comparaisons internationales, les déflateurs économiques existants sont généralement utilisés pour ces analyses, mais des déflateurs spécifiques à la santé peuvent être construits pour obtenir plus d'informations sur les moteurs de la croissance. Cette étude compare la croissance des dépenses de santé entre la France et l'Allemagne sur la base de déflateurs nationaux spécifiques au cours de la dernière décennie. Les résultats suggèrent que, globalement, les prix de la santé sont restés stables en France pendant la majeure partie de la période, alors que la croissance des prix a été plus importante en Allemagne. L'application des déflateurs spécifiques aux agrégats de dépenses de santé a entraîné une croissance similaire en prix constants pour les deux pays entre 2010 et 2021. Cependant,

des différences substantielles peuvent être observées lors de l'analyse de la croissance de postes spécifiques. L'étude montre également que le choix des méthodes de déflation appliquées peut avoir un impact significatif sur les résultats.

► **Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède**

PICHETTI, S. ET ESPAGNACQ, M.

2025

Questions d'économie de la sante, Irdes (296)

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/qes-296-financements-publics-et-restes-a-charge-des-fauteuils-roulants.html>

L'accès aux fauteuils roulants est facilité dans la plupart des pays européens mais leur tarification et remboursement ne font pas l'objet d'une politique unifiée. Une ligne de partage se dessine entre les pays qui confient la distribution des fauteuils roulants exclusivement au marché privé et ceux qui recourent à des systèmes publics. Alors que le remboursement intégral des fauteuils roulants par la Sécurité sociale à compter du 1^{er} décembre 2025 vient d'être annoncé, notre étude compare, avant la mise en place de la réforme française, les niveaux de prix et de financements publics des fauteuils roulants en France à ceux de trois pays européens qui ont connu également des évolutions de leur mode de financement : La Belgique qui assure la distribution des fauteuils roulants comme en France à partir d'un marché privé, la Suède et l'Angleterre, qui les distribuent dans le cadre de marchés publics. Tous les pays proposent une solvabilisation publique intégrale des fauteuils roulants manuels de base. Mais la dépense publique par fauteuil est plus faible dans les systèmes publics (autour de 370 € en Suède et en Angleterre) que sur les marchés privés qui solvabilisent la demande par des montants fixes de remboursement (autour de 600 € en France et 775 € en Belgique). Avant la réforme, la France est le seul des quatre pays étudiés qui ne propose aucun fauteuil roulant actif intégralement pris en charge, y compris en entrée de gamme. Le National Health Service (NHS) anglais, les régions suédoises ainsi que les régions belges proposent tous une offre en entrée de gamme de ces fauteuils. Les fauteuils roulants électriques verticalisateurs d'entrée de gamme à 8 000 € environ peuvent être intégralement pris en charge. En revanche, pour les modèles haut de gamme, qui peuvent atteindre 25 000 €, les restes à charge sont importants dans la plupart des pays. Si

la France autorise le financement partiel de tous les modèles agréés, d'autres pays permettent, sur une offre plus réduite, un accès avec moins de restes à charge, et en s'appuyant sur un financeur public unique. En France, avant la réforme, des financements extralégaux additionnels sont mobilisables pour réduire le reste à charge, mais ils sont soumis à conditions et peuvent être variables selon les départements.

► **État des lieux du financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL POUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2025

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

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/État-lieux-financement-de-protection-sociale-1>

Le HCFiPS produit à intervalles réguliers une note présentant l'état des lieux du financement de la protection sociale après le vote des lois financières. La précédente édition, intitulée « Un redressement des comptes incontestable, inégal et fragile » publiée en janvier 2023, revenait sur les perspectives de redressement des comptes à la sortie de la crise sanitaire qui avait affecté fortement les comptes sociaux. Le HCFiPS y évoquait le redressement net observé en 2022 et qui devait se poursuivre en 2023 avec un excédent attendu des administrations de Sécurité sociale. Ce redressement ne concernait cependant pas l'ensemble des branches ou des régimes, seules les branches famille, AT-MP et autonomie ainsi que l'assurance chômage et les retraites complémentaires affichant un excédent tandis que la branche maladie et les régimes de base vieillesse restaient en déficit. L'exercice mené cette année s'inscrit dans la continuité de ces observations, avec trois enseignements majeurs : le redressement des comptes sociaux s'est bien poursuivi en 2023 en conformité avec les prévisions précédentes. Ce redressement apparaît toutefois provisoire pour certaines branches, dans la mesure où 2024 marquerait l'arrêt de l'amélioration des comptes des régimes de base, principalement les branches maladie et vieillesse. Dans ce contexte, les perspectives de désendettement des régimes de base apparaissent compromises. La situation de la dette est préoccupante dans la mesure où, avec la reconstitution des déficits, la perspective d'extinction de la Cades en 2033 apparaît de moins en moins crédible.

Environnement et santé

Environmental Health

► **Plan national santé environnement 3 (PNSE3). La santé environnementale dans les transports : Impacts de la qualité des transports du quotidien sur la santé**

CEREMA
 2024

Paris, Cerema

<https://doc.cerema.fr/Default/doc/SYRACUSE/601638/plan-national-sante-environnement-3-pnse3-la-sante-environnementale-dans-les-transports-impacts-de-l>

Le 3^e plan national santé environnement (2015-2019) a identifié dans son programme d'actions trois actions spécifiques sur les transports. L'une de celles-ci porte sur l'amélioration de la connaissance des impacts de la qualité des transports quotidiens sur la santé. Les liens entre la qualité des transports quotidiens et la santé relèvent l'enchaînement encore mal appréhendés au plan scientifique. Si certains attributs de cette qualité (offre de service, régularité, accessibilité, informations, confort, sécurité, impact environnemental...) sont déjà suivis par les opérateurs de transports et les entreprises, qu'ils sont pris en compte par les usagers et qu'ils jouent sur l'attractivité des modes de transports, les effets sanitaires mériteraient d'être mieux connus pour guider les politiques publiques de transports. Cette fiche a été construite à partir d'une large revue de littérature sur le sujet. Il ressort de l'analyse que la qualité des transports peut avoir des effets sur les trois dimensions de la santé : physique, sociale et mentale. Chaque mode de déplacement peut être associé à des effets, plus ou moins bénéfiques, sur la santé. L'examen de ces effets permet de mettre en évidence que chaque mode de transports a des effets spécifiques sur la santé et que ceux-ci dépendent également des conditions, du contexte urbain dans lesquelles les déplacements associés se réalisent. Cet examen a permis de tirer des enseignements pour les politiques publiques de transports.

► **Pollution urbaine dans l'UE : Les villes sont encore trop bruyantes, mais l'air y est plus pur**

COUR DES COMPTES EUROPÉENNE
 2025

Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne

<https://www.eca.europa.eu/fr/publications/SR-2025-02>

Les pollutions atmosphérique et sonore peuvent nuire à la santé, tout particulièrement dans les zones urbaines, où vit la majorité des citoyens de l'UE. Nous avons vérifié comment les villes sélectionnées avaient appliqué les règles de l'UE conçues pour mieux protéger notre santé. Nous avons constaté que malgré une amélioration de la qualité de l'air, les normes en la matière ne sont pas toujours respectées, ou ne le sont que depuis peu. Nous avons également observé que nos villes sont encore trop bruyantes. Nous estimons que l'absence d'objectifs de réduction du bruit au niveau européen n'incite pas les États membres à accorder la priorité aux actions visant à réduire efficacement la pollution sonore. En outre, les seuils de signalement d'une pollution sonore ne couvrent qu'une partie de la population de l'UE susceptible d'être exposée à des bruits nocifs. Nous recommandons la mise en œuvre d'actions de nature à réduire les nuisances sonores.

► **Estimation de la morbidité attribuable à l'exposition à long terme à la pollution de l'air ambiant et de ses impacts économiques en France hexagonale, 2016-2019. Volume 1 : Évaluation quantitative d'impact sur la santé (EQIS-PA)**

MEDINA, S., CORSO, M. ET CHANEL, O.
 2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/enquetes-Études/estimation-de-la-morbidite-attribuable-a-l-exposition-a-long-terme-a-la-pollution-de-l-air-ambiant-et-de-ses-impacts-economiques-en-france-hexagonale>

La présente étude a évalué en France hexagonale l'impact sur la période 2016-2019 (avant la période COVID) de l'exposition à long terme à la pollution de l'air ambiant (extérieur) sur le développement de huit maladies pour lesquelles un lien est scientifiquement établi avec les particules fines (PM_{2,5}) et/ou par le dioxyde d'azote (NO₂). L'impact sur le développement de huit des dix pathologies proposées par le projet EMAPEC de l'OMS ont été étudiées ici, compte tenu

des données disponibles, selon différents scénarios de baisse de la pollution de l'air ambiant pour la France hexagonale : au niveau respiratoire : cancer du poumon, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), asthme de l'enfant et de l'adulte, pneumopathies et infections aiguës des voies respiratoires inférieures (grippe exclue) (ALRI) ; au niveau cardiovasculaire : accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus aigu du myocarde (IAM), hypertension artérielle (HTA) ; au niveau métabolique : diabète de type 2.

► **Méthodologie d'évaluation de l'empreinte carbone des médicaments**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/mise-en-place-d-une-methodologie-d-évaluation-de-l-empreinte-carbone-des>

La France a fait de la décarbonation de l'économie l'une des priorités du plan d'investissement France 2030. Cette ambition s'inscrit dans le cadre d'une dynamique européenne et internationale avec l'Accord de Paris et le paquet législatif Fit for 55 dont l'objectif est de réduire les émissions des États membres de l'Union

européenne de 55 % en 2030 par rapport à leur niveau de 1990. En France, le secteur de la santé pourrait être responsable de 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre, soit entre 40 et 61 MtCO₂eq par an. Plus précisément, les activités liées aux industries de santé contribuent pour 24 MtCO₂eq par an, soit 4 % du total national, avec 60 % pour la production des médicaments et 40 % pour la production des dispositifs médicaux.

► **Décarbonons les industries du médicament. Rapport intermédiaire**

THE SHIFT PROJECT
2025

Paris, The Shift Project

<https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2025/01/250116-TSP-RI-Decarbons-les-Industries-de-Sante-medicament-compressed.pdf>

Dans la continuité des travaux du Shift Project concernant le secteur de la santé, ce rapport évalue l'empreinte carbone des médicaments. L'objectif est de désagréger autant que possible cette empreinte selon les différentes catégories de produits et selon les différentes étapes de la chaîne de valeur.

État de santé

Health Status

► **Avis relatif à la caractérisation et évaluation des impacts sur la santé de la consommation d'aliments dits ultratransformés**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL
2024

Maisons-Alfort, Anses

<https://www.anses.fr/fr/content/aliments-dits-ultratransformes-mieux-comprendre-leurs-effets-potentiels-sur-la-sante>

Les aliments dits ultratransformés font partie de l'offre alimentaire mais suscitent des préoccupations pour la santé. Or, l'ultratransformation est un concept qui reste

encore à étayer scientifiquement. Ce constat étant posé, l'Anses s'est penchée sur les études disponibles sur le sujet. Son expertise identifie des signaux suggérant un lien entre la consommation de tels aliments et un risque plus élevé de développer des maladies chroniques. L'enjeu, à présent, est d'identifier les mécanismes qui sous-tendent ces risques. Parmi les pistes à explorer, l'Agence recommande de s'intéresser aux effets des nouvelles substances qui peuvent se former lors de la transformation des aliments. Elle invite par ailleurs à ne pas négliger les autres leviers d'action pour améliorer l'alimentation de la population.

► **Could reliable data on breast cancer actually save lives?**

PERRAULT, T. ET STRUMPF, E.C.
2025

Montréal, Cirano (Cirano Working Paper 2024PJ-09)
<https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2024PJ-09>

Une femme sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. Au Canada, le cancer du sein est la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes de tous âges, mais la première cause chez les femmes de 30 à 49 ans. Les retards de diagnostic peuvent aggraver la maladie et renforcer les inégalités. Au Québec, les délais de diagnostic sont nettement plus longs qu'en Ontario ou en Alberta où les délais sont les plus courts du pays. Un registre du cancer désuet et un manque de normalisation des soins contribuent aux retards du Québec. Dans cet article, les auteures explorent les capacités, performances et innovations en matière de diagnostic de cancer du sein au Québec et les comparent à celles d'autres provinces. Selon elles, le Québec peut et doit faire mieux en renforçant son engagement à l'égard de politiques novatrices et en développant des méthodes efficaces

pour recueillir des données exhaustives, standardisées, à jour et accessibles. Ces efforts sont essentiels, tant pour la planification des soins que pour l'avancement de la recherche.

► **Drogues et addictions, chiffres clés 2025**

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES
TENDANCES ADDICTIVES
2025

Paris, O.F.D.T.

<https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>

Cette publication rassemble les données les plus récentes d'état des lieux sur les addictions et l'usage de substances psychoactives. Mise à jour de façon régulière, elle propose une estimation actualisée du nombre de consommateurs, suit les évolutions et présente les chiffres clés par produit — en lien avec les usages, l'offre et les réponses publiques. Chaque rubrique par produit est accompagnée d'un QR-code pour accéder à des informations complémentaires sur le site de l'OFDT.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Avancée en âge : comment agir pour la santé dès la mi-vie**

VIGNOLLET, C., SOLEYMANI, D. ET HAMEL, E.
2025

Saint-Maurice, Santé publique France
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/avancee-en-age-comment-agir-pour-la-sante-des-la-mi-vie>

Ce document de plaidoyer s'adresse aux élus locaux et à l'ensemble des professionnels œuvrant pour et dans les collectivités territoriales. Ces dernières peuvent agir pour un vieillissement en bonne santé de la population de leurs territoires dès la mi-vie, c'est-à-dire entre 40 et 55 ans. Ses objectifs sont de soutenir la prise de conscience des collectivités territoriales de leur rôle clé auprès des adultes à mi-vie dans la prévention de la perte d'autonomie et des maladies chroniques qui commence bien avant le passage à la retraite ; d'aider à l'identification et à l'approche du public cible et de

souligner l'apport des actions favorables à la prévention et promotion de la santé à mi-vie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

► **Deprivation Payments, Regional Disparities in Birth Outcomes, and the Role of Community Midwife**

VIDIELLA-MARTIN, J., VAN OURTI, T. ET BERTENS, L.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5142983&dgcid=ejournal_html

Deprivation payments provide additional per-patient fees to health professionals serving patients in socio-economically deprived areas. These payments financially compensate for higher workloads in deprived areas, but their effect on health gaps between deprived

and non-deprived areas is unknown. We evaluate the effectiveness of this policy instrument by assessing its adoption among Dutch community midwives. Leveraging a discontinuity in payments based on regional deprivation scores, we show that deprivation payments successfully reduced the gap in birth outcomes between deprived and non-deprived areas. We find large improvements in health at birth among boys with no detectable effects for girls. These improvements reflect improved fetal growth during pregnancy but do not result from longer gestation periods. The improvements are present among low-risk boys, who are exclusively cared for by community midwives,

and high-risk boys, who community midwives refer to more medicalized tiers of care, which is consistent with improvements arising from both better prenatal midwifery care and more timely referrals among high-risk cases before delivery. We further show that (i) mothers did not relocate to deprived areas to obtain care from practices receiving higher remuneration and (ii) geographical movement of midwives switching practices can, at most, account for a very small part of the treatment effects. Our finding that unconditional fee increases improve care aligns with the fair wage-effort theory, which postulates that effort increases as wage matches the perceived fair wage by employees.

Disability

► **Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité, les parcours de soins et d'accompagnement de personnes en situation de handicap. L'exemple de trois pathologies invalidantes**

DUCHAINE, F.
2025

**Strasbourg, Université de Strasbourg.
Thèse de doctorat en Démographie**
<https://hal.science/tel-04991023v1>

La pandémie de COVID-19 a entraîné des conséquences sanitaires inédites. Le système de soins s'est rapidement retrouvé submergé par les patients et des réorganisations ont été nécessaires pour les prendre en charge. Le recours aux soins pour d'autres causes que l'infection a alors été interrompu ou reporté. Les mesures de restriction mises en place ont participé à accroître ces difficultés et ont également eu un effet délétère sur l'accompagnement par des professionnels ou des proches. En s'appuyant sur des méthodes qualitatives et quantitatives ainsi que deux sources de données complémentaires, cette thèse s'attache à décrire les trajectoires de soins et d'accompagnement ainsi que la mortalité, pour trois populations spécifiques. Cela permet d'identifier les changements qui ont eu lieu pendant la pandémie et leurs conséquences à court ou moyen terme. Au-delà des résultats, l'objectif est de présenter une méthodologie reproductible pour d'autres populations.

► **30^e rapport sur l'état du mal-logement en France 2025**

FONDATION ABBÉ PIERRE
2025

Paris, Fondation Abbé Pierre

<https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/30e-rapport-sur-l'etat-du-mal-logement-en-france-2025>

Le 30^e rapport annuel de la Fondation met l'accent sur le mal-logement des personnes en situation de handicap. Confrontées au manque de logements adaptés, celles-ci subissent également de nombreuses discriminations dans l'accès au logement, et doivent trop souvent se rabattre sur des logements inadaptés dont elles deviennent prisonnières. Pour elles, un logement accessible est pourtant la clé pour accéder à l'autonomie, sortir de la vie en établissement ou de l'hébergement par la famille. Pour tant de personnes, vingt ans après la loi de 2005 sur le handicap, l'accès au logement constitue encore un obstacle immense pour vivre dans la cité, comme tout le monde.

Hospital

► **Les métiers de la santé changent, anticipez ! Panorama des métiers en émergence**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-
SOCIAUX

2025

Paris, Anap

<https://anap.fr/s/article/nouveaux-metiers-rh-panorama-fiche-pratique-outil>

Avec l'arrivée des biotechnologies, de la robotisation et de l'intelligence artificielle, le secteur de la santé connaît des bouleversements comparables à ceux de grandes avancées historiques comme la découverte des vaccins, des antibiotiques ou encore de l'ADN. Ces mutations technologiques et organisationnelles donnent naissance à de nouvelles fonctions qu'il est urgent d'anticiper. Recruter ces nouveaux talents répond également à des enjeux stratégiques majeurs : renforcer l'attractivité des établissements, améliorer la gestion des carrières et accompagner la mobilité interne. Aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, en Espagne... certains pays ont d'ores et déjà anticipé ces évolutions. Avec ce panorama, l'Anap vous aide à préparer la révolution des métiers de la santé. Nos fiches métiers ne figurent pas au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, mais elles constituent des outils précieux pour identifier les tendances. Elles seront mises à jour, accompagnées de baromètres évaluant la pertinence et la transposabilité de chaque métier (résumé d'auteur).

► **Effects of Private Health Insurance on the Substitution of Private-Public Hospital Care: Evidence from a Natural-Experiment in Australia**

ANANUEV, M., YONG, J. ET ZHANG, Y.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5066254

Many countries have both public hospitals funded by the government and private hospitals funded by private health insurance (PHI). Understanding the substitution between private and public hospital care

can inform resource allocation decisions within the healthcare system. We studied how PHI affects hospital choice using Australia's Lifetime Health Cover policy and its unique age cut-offs as a natural experiment. We found that one percentage point (ppt) increase in PHI enrolment, raised private hospital admissions by 0.6-0.8 ppt, but has no impact on hospital stay duration. The implied elasticity of substitution is 0.66 for private-public admissions. This implies that the government's spending on PHI subsidies exceeds potential public hospital savings, suggesting that promoting PHI is not cost-effective for reducing public healthcare burden.

► **Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences**

DELORT, L. ET DELAGE, S.

2025

Études et résultats de la Drees (1325)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250121_ER_samu-taux-de-recours

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur l'évolution du recours au Samu-Centre 15 à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences. Cette étude, qui s'appuie sur des données issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2014 à 2022, met en lumière une hausse de l'activité des Samu sur la période, avec des disparités géographiques, ainsi que la contribution accrue des médecins libéraux à la régulation médicale des appels au 15.

► **Non-Profit Hospital Governance, Conduct, and CEO Pay**

KESSLER, D. ET WYGAL, W.

2024

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33278)

<https://www.nber.org/papers/w33278>

We investigate whether two characteristics of non-

profit hospital boards – the number of board members and whether the CEO is a board member – are associated with CEO pay and several measures of hospital performance, including price, operating margin, quality, and service to low-income patients. Although the consequences of CEO board membership for for-profit firms have been studied extensively, the consequences for non-profits in general, and non-profit hospitals in particular, have received little attention. Because most hospitals are non-profit and non-profit hospital prices have increased rapidly over the past 20 years, this gap is important. We find a strong positive association between CEO board membership and non-profit hospital prices, operating margins, and CEO pay, with a weaker positive (negative) association between CEO board membership and quality (service to low-income patients). We conclude that CEO board membership contributes to the fundamental agency problem between non-profit hospitals' management and the hospitals' intended beneficiaries, consistent with the concerns expressed by Fama and Jensen (1983).

► Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3579049/fr/certification-des-etablissements-de-sante-un-6e-cycle-s-ouvre-en-2025

Partenaire important des établissements de santé publics et privés, la HAS les accompagne dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en les évaluant tous les 4 ans à des fins de certification. En 2025, la certification des établissements de santé entre dans son 6^e cycle. Si la continuité est le maître-mot concernant la démarche, trois ambitions orientent ce nouveau cycle : renforcer les exigences sur des enjeux clés, s'adapter aux priorités de santé publique et faire des patients des partenaires à part entière.

► Permanence des soins en établissement de santé : les résultats de l'enquête 2024

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2024

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/la-permanence-des-soins-11447/article/permanence-des-soins-en-etablissement-de-sante-les-resultats-de-l-enquete-2024>

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) garantit l'accueil et la prise en charge non programmée des patients nouvellement hospitalisés la nuit, le week-end à partir du samedi après-midi et les jours fériés. En mars 2024, le ministère a lancé une enquête sur le fonctionnement de la PDSSES dans les établissements de santé en MCO (médecine chirurgie obstétrique). Objectif : recenser, pour chaque établissement, les effectifs participant aux lignes de garde et d'astreinte sur les horaires de permanence des soins. Cette enquête a permis de recueillir les données de 62 spécialités concernées par la PDSSES (partage de lignes, mutualisation...) ainsi que le nombre et le statut des médecins impliqués et le volume de patients pris en charge par période horaire prédéfini. Les résultats montrent une mobilisation importante des professionnels et des établissements, une forte implication du secteur public et la mobilisation importante de ressources médicales mobilisées pour la permanence des soins.

► Estimating Variability in Hospital Charges: The Case of Cesarean Section

PERFILYEVA, A., RAGHAVENDRA MISKIN, V. ET AVEN, R.
2024

Ithaca, arXiv

<https://arxiv.org/pdf/2411.08174>

This study sought to better understand the causes of price disparity in cesarean sections, using newly released hospital data. Beginning January 1, 2021, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) requires hospitals functioning in the United States to publish online pricing information for items and services these hospitals provide in a machine-readable format and a consumer-friendly shoppable format. Initial analyses of these data have shown that the price for a given procedure can differ in a hospital and across hospitals. The cesarean section (C-section) is one of the most common inpatient procedures performed across all hospitals in the United States as of 2018. This preliminary study found that for C-section procedures, pricing varied from as little as \$162 to as high as \$115,483 for a single procedure. Overall, indicators for quality and whether or not the hospital was a teaching hospital were found to be significantly significant, while variables including median income

and the gini coefficient for wealth inequality were not shown to be statistically significant.

► **Estimating Covid-19 Associated Hospitalizations, Icu Admissions, and In-Hospital Deaths Averted in the United States by 2023-2024 Covid-19 Vaccination: A Conditional Probability, Causal Inference, and Multiplier-Based Approach**

RYAN, W., OWEN, D. ET MEGAN, W.

2025

Rochester, S.S.R.N

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5055131&dgcid=ejournal_html

COVID-19-associated hospitalizations, ICU admissions, and in-hospital deaths averted from 2023-2024 COVID-19 vaccination from the weeks of October 1, 2023, through April 21, 2024, were estimated via a novel multiplier model that utilized causal inference, conditional probabilities of hospitalization, and correlations between data elements in Monte Carlo simulations. Median COVID-19-associated hospitalizations averted were 68,315 (95% uncertainty interval [UI] 42,831 – 97,984), ICU admissions averted were 13,108 (95% UI 4,459 – 25,042), and in-hospital deaths averted were 5,301 (95% UI 101 – 14,230). Averted COVID-19-associated burden was highest in adults aged 65 years and older (hospitalizations averted 57,665, 95% UI 35,442 – 84,006; ICU admissions averted 10,878, 95% UI 3,104 – 21,591; in-hospital deaths averted 4,779, 95% UI 0 – 13,132). Expanding the analytic period to comprise the weeks of September 24, 2023, through August 11, 2024, resulted in 107,197 COVID-19-associated hospitalizations averted (95% UI 80,692 – 137,643), 18,292 COVID-19-associated ICU admissions averted (95% UI 10,062 – 28,436), and 6,749 COVID-19-associated in-hospital deaths averted (95% UI 2,077 – 13,557). Older adults had the highest COVID-19-associated averted burden and potential to reduce burden further through increased vaccine coverage. 2023-2024 COVID-19 vaccinations reduced the burden of COVID-19-associated severe disease.

► **The Deadly Consequences of Labor Scarcity: Evidence from Hospitals**

SCHLENKER, O.

2024

Leipzig, Z.B.W. (Working Paper Series 42)

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/306342/1/1907579613.pdf>

This paper estimates the impact of nursing shortages in hospitals on healthcare provision and patient outcomes by exploiting a strong and stable appreciation of the Swiss franc in 2011. Due to collective bargaining hindering wage adjustments in the German healthcare sector, cross-border wage differentials increased and led to a significant outflow of German registered nurses to Switzerland, causing a 12.5% reduction in nurse staffing rates in German hospitals near the border. Using a matched difference-in-differences approach, I find that hospitals responded by decreasing care intensity, leading to a 12% decrease in surgeries. Although hospitals are increasingly performing triage, also patients with high medical needs - such as elderly and emergency cases - face a reduction in care and, consequently, a stark increase in mortality rates, resulting in a measurable decline in regional life expectancy.

► **Comment maîtriser le budget national des hôpitaux dans un système de financement par admission basé sur les DRG ?**

VAN DE VOORDE, C., LEFEVRE, M., VAN DEN HEEDE, K., *et al.*

2024

Bruxelles, K.C.E. (KCE Report 392Bs.)

<https://kce.fgov.be/fr/comment-garder-sous-contrôle-le-budget-national-des-hôpitaux-lors-de-l'introduction-dun-nouveau-mode>

Pour répondre aux besoins croissants et divers en soins hospitaliers, une réforme du financement des hôpitaux est aujourd'hui nécessaire. L'idée serait de remplacer l'actuel système reposant sur un budget fermé par un système à budget ouvert, dans lequel un hôpital recevrait un forfait pour chaque admission liée à une pathologie spécifique ou à un APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Group). Un tel système devrait toutefois s'accompagner de mécanismes permettant de garder sous contrôle le budget national. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné quels mécanismes étaient utilisés à cette fin dans d'autres pays, et a consulté des experts belges sur leur faisabilité et sur les conditions préalables à leur mise en œuvre. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients, mais les experts interrogés penchent plutôt en faveur d'un plafonnement des prix en fonction du volume d'admissions.

Health Inequalities

► Do the Poor Gain More? The Impact on Health Inequality of Changes in Public Expenditure on Secondary Care

ANAYA-MONTES, M., GRASIC, K. ET LOMAS, J.
2025

York, Centre for Health Economics (CHE Research Paper 197)

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHE%20RP%20197.pdf>

Quasi-experimental studies of mortality variation and trends among large administrative areas of England in the 2000s and early 2010s have suggested that more deprived populations gain larger mortality benefits from marginal increases in public expenditure on secondary care and, consequently, bear a larger share of the health opportunity costs of cost-increasing technologies and programmes. We took a closer look by examining mortality variation in 2018 among 32,784 small areas with a mean population of 1,700, allowing more fine-grained measurements of deprivation and mortality. To identify causal effects of marginal changes in expenditure, we used cross-sectional data on secondary care funding allocated to 195 National Health Service administrative areas in England in 2018/19 and employed a well-established instrumental variable approach based on the “distance from target” component of the funding formula, which generates quasi-exogenous variation in funding based on historical factors unrelated to the need for secondary care. We found an inverted-U shape pattern of mortality gains by deprivation group, whereby the middle group gained significantly more than others. However, we could not reject the null hypothesis that the two more deprived groups received the same mortality gain as the two less deprived groups. These findings were robust to extensive sensitivity analysis using different levels of analysis, control variables, mortality outcomes, functional forms, first stage regression specifications, and exclusions, and our preferred specifications all satisfied standard instrumental variable diagnostic tests. We conclude that the poor do not always gain more from marginal increases in public expenditure on secondary care and, conversely, do not always bear the largest share of the health opportunity costs of cost-increasing programmes.

► Education and Dementia Risk

BARCELLOS, S.H., CARVALHO, L. ET LANGA, K.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33430)
<https://www.nber.org/papers/w33430>

There is little causal evidence on factors that can protect individuals against Alzheimer’s Disease and Related Dementias (ADRD) risk. We study the causal effect of education on ADRD, exploiting a regression discontinuity generated by a compulsory schooling reform. ADRD was ascertained based on medical history, hospital records, and death registries, addressing concerns about selective sample attrition. We find that education reduces incidence of ADRD and may delay its onset. Using molecular genetic data, we show that the reform weakened the relationship between genetics and ADRD incidence, implying this genetic risk is not immutable and can be modified by social policy.

► L’Inégalité de prise en charge de l’infarctus du myocarde chez les femmes en France

GILARD, M., KOMAJDA, M., DESNOS, M., *et al.*
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/linegalite-de-prise-en-charge-de-linfarctus-du-myocarde-chez-les-femmes-en-france/>

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Des registres nationaux ont démontré une inégalité dans la prise en charge de l’infarctus du myocarde chez la femme entraînant une surmortalité. L’objectif de ce rapport est de sensibiliser la population et l’ensemble des acteurs de santé à cette problématique cruciale et de formuler 4 recommandations concrètes pour améliorer la prévention, le diagnostic, la gestion et surtout le pronostic de cette maladie chez la femme.

► **What is your Million Dollar Disease? A Bioethical Approach to Health Care Equity in an Unequal Society**

STARREN, J.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5115064

The United States has some of the greatest health disparities of any economically developed country, leading to calls for health equity. A necessary, but not sufficient, condition for achieving health equity is achieving equity in the provision of health care. This

discussion will examine health care equity in the US from several angles. First, it will look at how the US approaches equity for other fundamental necessities of life, and how it tolerates extreme inequity across many sectors of the economy. Second, it will examine some definitions of health care equity and why health care equity is unlikely to be achieved in the US. Third, it will explore the practical and ethical ramifications of continued demands for health care equity. Finally, it will explore some alternate approaches for improving health care that draw from the ways that the US addresses unmet needs for other necessities of life.

Méthodologie-Statistiques

Methodology-Statistics

► **L'appariement de l'EIR de 2016 et des RI-APA-ASH de 2017**

AUBERT, P.

2025

Études et Résultats Drees (1327)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-02/ER%201327%20EDRAPA_MEL.pdf

L'appariement de l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) et des remontées individuelles sur l'APA et l'ASH (RI-APA-ASH) fait la synthèse des deux sources statistiques de références de la DREES sur les prestations versées aux personnes âgées : les pensions de retraite et les prestations de soutien à l'autonomie. Il a ainsi pour objectif d'étudier les questions à l'intersection des problématiques de retraite et d'autonomie des seniors.

► **Guide méthodologique de recherche documentaire**

BLONDET, E., CECCHIN, M. ET DIVOL-FABRE, E.

2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3447546/fr/guide-methodologique-de-recherche-documentaire

Ce guide méthodologique décrit le processus d'identification de la littérature par le service documentation et veille de la HAS dans le cadre de l'élabora-

tion des publications de l'institution. Ce document a également pour objectif de partager la méthode de recherche documentaire de la HAS. Il a été élaboré à partir d'un état des lieux des pratiques des documentalistes de la HAS, ainsi que d'une revue de littérature, portant notamment sur des guides méthodologiques de recherche documentaire des autres agences nationales et internationales élaborant des recommandations. Il permet de mettre à disposition la méthode de recherche documentaire qui est partie intégrante de la méthode d'élaboration de tous les documents de la HAS et de permettre aux personnes/sociétés savantes réalisant des revues de littérature pour leurs propres travaux de s'approprier cette méthode.

► **Étude de la faisabilité et de l'intérêt de la mesure d'indicateurs de qualité et sécurité des soins sur les entrepôts de données de santé hospitaliers**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3499689/fr/Étude-de-la-faisabilite-et-de-l-interet-de-la-mesure-d-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins-sur-les-entrepots-de-donnees-de-sante-hospitaliers

Les entrepôts de données hospitaliers (EDSH) sont développés par les établissements de santé, majoritairement

rement universitaires en 2024, afin de pouvoir exploiter l'ensemble complexe de leurs données de soins collectées en routine et permettre de nouvelles réutilisations de ces données. Ces réutilisations concernent majoritairement la recherche, mais également de nouveaux types, notamment le pilotage des soins et la vigilance sanitaire. De nombreux indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) sont mesurés en établissements de santé à partir d'un audit de dossier de patient. Cette mesure est réalisée manuellement par le personnel

des établissements de santé français. De nombreux indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) sont mesurés en établissements de santé à partir d'un audit de dossier de patient. Cette mesure est réalisée manuellement par le personnel des établissements de santé français. Suite à la publication de son panorama sur les entrepôts de données hospitalières (EDSH) et dans un contexte de ressources professionnelles contraintes, la HAS a évalué la faisabilité et l'intérêt d'exploiter les EDSH pour réaliser ces mesures.

Politique de santé

Health Policy

► EU Country Cancer Profiles Synthesis Report 2025

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/fr/publications/profils-sur-le-cancer-par-pays-france-2025_00068bb5-fr.html

Le profil sur le cancer par pays identifie les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Le profil sur le cancer fournit une synthèse des points suivants : la charge nationale du cancer, les facteurs de risque du cancer (en mettant l'accent sur les facteurs de risque liés au comportement et à l'environnement), les programmes de détection précoce, les performances en matière de soins oncologiques (en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité des soins, les coûts et la qualité de vie des patients).

► Evaluating the Impact of Interventions Addressing Health Behaviour: Considerations and Tools for Policy-Makers

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2024

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10200-49972-75147>

Some of the most persistent public health challenges are dependent on human behaviour. These include, among many others, overuse of antibiotics, use of tobacco and alcohol, suboptimal uptake of vaccination, and cancer screening. These challenges call for evidence-based action that draws on an understanding of these health behaviours and the cultural context in which they take place and that is focused on engaging with those affected. Using evidence, models and methods from behavioural and cultural insights (BCI) allows health-related services, policies and communication to be precisely tailored and refined, thereby improving their outcomes. A key element of BCI is impact Evaluation, the primary objective of which is to evaluate whether an implemented intervention has achieved its expected goal. This guide provides considerations and tools to assist in evaluating the impact of interventions that address health behaviour. It complements the WHO Guide to tailoring health programmes by encouraging robust Evaluation of interventions and providing starting points for engaging with an expert evaluator. This guide considers the key questions that underlie impact Evaluation of interventions addressing health behaviour: Why evaluate? When to evaluate? What to evaluate? How to evaluate? Why did the intervention (not) work? An accompanying toolkit offers frameworks, a decision tool and in-depth information that complement the advice given in the first part of the guide.

Prévention

Prevention

► **Better Letters – Evidence and Considerations from the Behavioural Sciences: Behavioural and Cultural Insights Policy Brief Series**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2024

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10510-50282-75841>

Every day, thousands of letters are sent from health authorities encouraging recipients to attend an appointment, vaccinations, cancer screening, or a health check-up, or engage in other health-related behaviours. Many of these letters have the potential

to be optimized for even more impact – that is, to make people act on them. Principles from communication science can help develop better letters. In addition, this document presents evidence from the behavioural sciences, which can also help develop more impactful letters. This policy brief presents nine considerations that can be applied across the process to develop, review or evaluate letters: ensure a clear call to action; keep a letter short and simple; address the barriers to and leverage the drivers for a behaviour; draw on relevant psychological mechanisms; adapt a letter to a cultural context and consider health equity; attract a readers' attention; use the right sender and signatory; test the letter and engage with intended recipients; and combine with reminders.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne**

BENSADON, A.C., DE WILDE, D. ET MAGNE, P.
2024

Paris, Igas

<https://www.igas.gouv.fr/situation-de-la-psychiatrie-dans-le-departement-de-la-haute-garonne>

Un premier rapport de la mission d'inspection, rendu public en septembre 2024, faisait toute la lumière sur les circonstances de ces événements graves. Dans ce second rapport, la mission revient sur l'organisation du parcours de prise en charge de la psychiatrie en Haute-Garonne, au-delà de la seule question des urgences. Le rôle majeur des établissements publics, en particulier pour les patients nécessitant une surveillance accrue et une forte densité de soins est souligné. Les établissements privés jouent également un rôle structurant dans ce département et les complémentarités et synergies méritent d'être renforcées. Enfin, la mission note un engagement des équipes médicales et soignantes qui doit être soutenu.

► **Les zonages de santé mentale en France : une approche spatialisée de la justice et de l'injustice**

BOURIN, C.
2024

Nanterre, Université Paris 10 Nanterre

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04797348v1>

Ce travail étudie les zones d'intervention des établissements psychiatriques en s'appuyant sur un cadre théorique reposant sur la notion de justice spatiale. Ces zones d'intervention, créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016, constituent le nouveau territoire d'organisation du service public hospitalier dans le champ de la santé mentale et sont désignées, pour chaque établissement participant, par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) sur la base du regroupement des secteurs psychiatriques historiques

► **Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du C.C.N.E.**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ
2025

Paris, C.C.N.E.

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/enjeux-ethiques-relatifs-la-crise-de-la-psychiatrie-une-alerte-du-ccne>

Malgré une prise de conscience croissante de son importance, le secteur psychiatrique demeure fragile. La psychiatrie qui constitue un pilier essentiel de la prise en charge clinique des souffrances psychiques les plus complexes, est confrontée à des défis majeurs : conditions d'accès dégradées, pénurie de moyens, inégalités territoriales marquées. Cette situation engendre de graves répercussions, tant pour les patients que pour leurs familles, et plus largement pour la société dans son ensemble. Dans cet Avis, le C.C.N.E. appelle à une réforme urgente et propose un cadre structuré autour de trois axes principaux : Garantir un accès équitable à des soins psychiatriques de qualité pour tous comportant une meilleure coordination des expériences multiples de terrain ; Lutter contre la stigmatisation et les discriminations. Il est temps de promouvoir une éthique d'intégration, en mettant fin à l'exclusion des personnes vivant avec des troubles psychiatriques et à l'isolement des patients ; Renforcer la formation et la recherche dans toutes les disciplines liées à la psychiatrie. Former les professionnels et soutenir les innovations scientifiques sont des conditions indispensables pour mieux répondre aux défis posés par les troubles psychiatriques.

► **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » :**
Episode n° 1 : Le système de santé mentale français : décryptage d'une organisation spécifique

COLDEFY, M. ET GANDRE, C.

2025

Podcast n° 5a. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/podcast-05-01-la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025-le-systeme-de-sante-mentale-francais.html>

La santé mentale est un sujet de plus en plus présent dans le débat public en France, notamment depuis la pandémie de Covid-19 qui a agi comme un véritable révélateur de ses enjeux. Ces enjeux sont en premier

lieu épidémiologiques, puisque chaque année, près de 9 millions de personnes ont recours au système de santé pour un problème de santé mentale, même s'il a été constaté dans le même temps un non-recours aux soins particulièrement élevé pour ce type de troubles. Les enjeux sont également économiques, car la prise en charge des troubles psychiques représente le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie. Enfin, ces défis sont d'ordre organisationnel, puisqu'il faut répondre aux besoins des personnes concernées. La santé mentale a ainsi été érigée en « Grande cause nationale 2025 » par les pouvoirs publics, un label qui a pour objectif d'offrir chaque année une tribune médiatique à un thème de société porté par un ou plusieurs organismes associatifs. Magali Coldefy, chercheuse en géographie, et Coralie Gandré, chercheuse en santé publique, toutes deux spécialisées dans les services et politiques de santé mentale à l'Irdes, sont interrogées sur cette question d'actualité, qui fait l'objet d'une série thématique de trois podcasts. Ce premier épisode est consacré au décryptage de l'organisation spécifique du système de santé mentale français, qui se distingue des autres pays occidentaux et des autres champs de la santé, et aux principaux défis auxquels ce système doit faire face aujourd'hui.

► **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » :**
Épisode n° 2 : Soins psychiques - soins somatiques : liaisons fatales ?

COLDEFY, M. ET GANDRE, C.

2025

Podcast n° 5b. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/podcast-05-02-la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025-soins-psychiques-soins-somatiques.html>

Ce deuxième épisode de ce podcast est consacré au cloisonnement des prises en charge de la santé mentale et de la santé somatique en France, alors qu'une surmortalité a été observée chez les personnes vivant avec un trouble psychique, par rapport à la population générale.

► **Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » :**
Épisode n°3 : Entre les murs : les pratiques privatives de liberté en psychiatrie

COLDEFY, M. ET GANDRE, C.

2025

Podcast n° 5c. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/podcast-05-03-la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>

Ce troisième épisode de ce podcast est consacré à l'usage des pratiques privatives de liberté en psychiatrie, parfois controversées, telles que le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention - des thématiques explorées depuis de nombreuses années à l'Irdes. Des variations significatives dans le recours à ces pratiques ont été observées entre territoires et offreurs de soins, qui posent des enjeux d'équité, de qualité et d'efficacité des soins, mais aussi des questions éthiques, et représentent l'un des défis persistants du système de santé mentale français.

► **Childhood Mental Health and Long Run Financial Outcomes**

CVIJANOVIC, D., WIEDEMANN, M. ET WU, A.

2025

Ithaca, Cornell SC Johnson College of Business (Cornell SC Johnson College of Business Research Paper)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5113485

We investigate the relationship between childhood mental health conditions and financial outcomes later in life. We find that individuals with childhood mental health conditions are significantly less likely to hold any assets, accumulate fewer total assets both unconditionally and conditionally on asset ownership, and are less likely to be homeowners over the life cycle. They also tend to accumulate more debt, and in particular more non-mortgage debt. These results are largely driven by white and male demographic groups. Financial literacy mitigates most of these effects. Childhood mental health is also linked to a lower likelihood of overconfidence, shorter life span expectancy and financial planning horizons, more pessimistic economic outlook, and reduced cognitive abilities, all of which may jointly explain the observed differences in financial outcomes.

► **Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : les propositions de la FHF**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2025

Paris, F.H.F.

<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/psychiatrie/repondre-lurgence-et-batir-lavenir-de-la-psychiatrie-les-propositions-de-la-fhf>

Après une première série de propositions en 2024, la FHF publie une version enrichie de son livret blanc «Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie». Le premier volet de propositions portait sur l'organisation territoriale des soins, les parcours de prise en charge et l'amélioration de l'attractivité des métiers. Cette nouvelle édition des propositions de la FHF intègre des volets essentiels de la psychiatrie, notamment la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou encore les droits des patients.

► **Student Mental Health: Mental Health in Europe: Learning the lessons**

HART, K., BORELLA, A. ET BRESLIN, T.

2025

Paris, Nightline France

<https://www.nightline.fr/actualites/2025-02-03/sante-mentale-etudiante-en-europe-un-rapport-inedit-de-nightline-europe>

Through this report, Nightline Europe aims to improve the understanding of the factors influencing mental health for students, and to encourage institutional action to address them. Learning the Lessons sets out the state of play on student mental health in Europe and explores what we know about prevalence, trends and action at European level. The report also presents new data from Nightline Europe, based on almost 15,000 calls and online chats taken in 2023-4 by trained student volunteers across member Nightlines in Austria, France, Germany, Ireland and the UK. Poor mental health is not inevitable. Given the cost of inaction for European students, societies and economies, much more can and should be done on both prevention and treatment for the mental health of young people.

► **L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale**

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

2025

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

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

Comment leur offrir une prise en charge adaptée et un meilleur accès à l'accompagnement psychothérapeutique, éducatif et social, recommandé en première intention par les autorités de santé en France comme à l'international ? Comment mieux prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants, tout en garantissant leur épanouissement et le respect de leurs droits ? Dans ce nouveau rapport, le conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA prolonge ses travaux sur le sujet, déjà abordé en particulier dans le rapport : « La traversée adolescente des années collège » publié en 2021, le rapport 2023 « Quand les enfants vont mal, comment les aider » et le séminaire public qui l'a suivi, et la publication en 2024 d'un avis qui a renouvelé l'alerte.

► **Programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-sante-mentale-et-psychiatrie-de-la-has

Ce nouveau programme « santé mentale et psychiatrie » est un programme de travail pluriannuel évolutif ayant pour objectifs de proposer une approche transversale aux besoins de santé de la population confrontée, ou susceptible de l'être, aux problématiques de santé mentale et de mobiliser l'ensemble des activités de la HAS pour apporter une réponse positive et cohérente aux défis de la santé mentale, déterminant essentiel de la santé globale des populations.

► **Providers, Places, and Children's Mental Health Care**

SWAGEL, S.

2025

Rochester, S.S.R.N. (IRS Working Paper 659)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5014653

Children's mental health is the defining public health crisis of our time. Using insurance claims for a national sample of 8 million privately insured children, I provide the first systematic quantification of the drivers of variation in children's mental health prescribing in the United States. I separate variation in pediatric ADHD medication and antidepressant prescribing due to differences in: 1) primary care provider (PCP) prescribing intensities, 2) regional practice environments, and 3) child health and demand. I find that eliminating differences in PCP prescribing intensities would reduce the variance of provider prescribing rates by 50 percent for ADHD medication and 65 percent for antidepressants. Geographic variation analyses understate the extent of treatment variation and the role of providers in driving overall treatment variation. I also find suggestive evidence that higher-quality PCPs tend to have higher ADHD prescribing intensities but lower antidepressant prescribing intensities.

► **Le financement des établissements de psychiatrie et de santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE. Bibliographie thématique**

SAFON, M.O. ET SUHARD, V.

2024

Paris (Synthèses & Bibliographies de l'Irdes)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-des-etablissements-de-psychiatrie-et-de-sante-mentale.pdf>

Cette bibliographie tente d'apporter des éléments de littérature sur les réflexions aboutissant à cette récente réforme du financement de la psychiatrie hospitalière et porte un regard sur ce qui se fait en la matière à l'étranger.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Le revenu des pharmaciens redynamisé pendant les années de crise sanitaire**

ARNOLD, C.
2025

Insee Première (2036)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8341260>

En 2022, les officines sont moins nombreuses qu'en 2015, mais leur effectif salarié et leur chiffre d'affaires augmentent. Désormais plus de 80 % des officines sont organisées sous forme de société, notamment d'exercice libéral. L'activité des officines évolue peu de 2015 à 2020 ; dans un contexte de régulation des prix de vente des médicaments remboursables, le chiffre d'affaires croît modérément alors que la marge commerciale stagne voire baisse légèrement. L'activité accélère en revanche sensiblement en 2021 et 2022, en lien avec les nouvelles missions résultant de la pandémie de Covid-19 : le chiffre d'affaires augmente de plus de 8 % sur chacune de ces deux années, alors que la marge commerciale se redresse sensiblement. Ces évolutions se reflètent dans le revenu en euros constants des pharmaciens titulaires, globalement stable voire en baisse jusqu'en 2020, hormis un pic en 2018, puis en forte progression en 2021 et 2022. Toutefois, l'activité ralentit en 2023.

► **Incentivizing Physicians' Diagnostic Effort and Test with Moral Hazard and Adverse Selection**

BARDEY, D., DE DONDER, P. ET LEROUX, M.L.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5047729

Physicians differing in their degree of altruism exert a diagnostic effort before deciding whether to test patients to determine the appropriate treatment. The effort generates an imperfect private signal of the patient's type, while the test is perfect. At the laissez-faire, physicians exert insufficient diagnostic effort and rely excessively on testing. The first-best allocation (with observable degree of altruism) is decentralized by a payment scheme composed of a pay-for-performance (P4P) part based on the number of correctly treated patients to ensure the provision

of the optimal diagnostic effort, and of a capitation part to ensure both the optimal testing decision and the physicians' participation. When physicians differ in their (non-observable) degree of altruism, the optimal contract is pooling. Its P4P component induces more altruistic physicians to exert a larger diagnostic effort while, to incentivize the second-best optimal testing decision, its capitation component must be contingent on the test cost.

► **Étude sur les délais de rendez-vous des médecins spécialistes dans le Grand Est**

BOUR, T., DEPREZ, L. ET RAYNAUD, J.
2024

Vandœuvre-lès-Nancy, U.R.P.S. Grand Est

<https://www.urpsmlgrandest.fr/enquete-les-delais-de-rendez-vous-aupres-des-specialistes-liberaux.html>

Dans un contexte de fortes tensions entre l'offre et la demande de soins (Médecine générale médecine spécialisée), l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux du Grand Est a souhaité conduire une étude pour mesurer les délais d'obtention d'un rendez-vous en 2024 auprès de neuf spécialités médicales. Ces spécialités ont été choisies car elles représentent les 9 spécialités ayant les effectifs en libéral les plus importants et réalisant le volume d'actes le plus élevé, elles représentent par conséquent une partie prépondérante de l'accès aux soins spécialisés.

► **On the role of personality traits in shaping responses to physician payment systems**

BROSIG-KOCH, J., HENNIG-SCHMID, H. ET KAIRIES-SCHWARZ, N.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5116530

We study the role of personality traits in explaining the heterogeneity in responses to common physician payment systems. We utilize data from several behavioral experiments (659 subjects) on physician payment systems and from post-experimental surveys on personality traits. The experiments use equivalent health

framings and decision situations with either fee-for-service or capitation as baseline payments. Blended payment systems-performance pay and mixed systems-are introduced at a within-subject level to complement the baseline payments. We find that personality traits contribute to explaining some heterogeneity in behavioral responses to payment incentives. More agreeable individuals provide higher quality of care under baseline, mixed, and performance-pay systems. While introducing performance pay improves the quality, more conscientious and agreeable individuals respond less to capitation-based performance pay. Under mixed capitation-based systems, we observe an equivalent moderation of the incentive effect for more conscientious individuals. Under fee-for-service-based mixed or performance pay systems, personality traits do not significantly relate to individuals' behavior. Our findings inform the design of physician payment systems, in particular its tailoring based on personality traits, as well as the respective necessary organizational changes.

► **Evolution métier socle Infirmière généraliste Livre blanc – compilation des travaux 2020-2024**

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER

2025

Paris, C.N.P.I.

<https://syndicat-infirmier.com/Synthese-du-Livre-Blanc-du-CNPI-evolution-de-l-exercice-et-de-la-formation-des.html>

Ce livre blanc compile les travaux menés par le Conseil National Profession Infirmier (CNPI) sur la période Janvier 2020 à Décembre 2024 concernant l'évolution de la profession et de la formation infirmières, notamment pour l'exercice Infirmière généraliste (dénommée Infirmière responsable en soins généraux en Europe).

► **Évaluation du Projet Article 51 « As du Cœur Multicentrique » : Rapport final d'évaluation**

DONIO, V. ET BEZANNIER, L.

2024

Bourg-La-Reine, Cemka-Eval

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/adc_rf_241218.pdf

L'expérimentation Article51 As du Cœur Multicentrique, portée par l'association Azur Sport Santé (A2S) a pour ambition de compléter le parcours de soin du malade

cardiovasculaire à la suite de la phase de réadaptation en lui proposant un programme passerelle d'activité physique adaptée (APA) à proximité de son domicile. Ce projet vise à favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP régulière et autonome à l'issue du programme passerelle et à diminuer les risques de rechute et d'aggravation par une amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie tout en garantissant une égalité d'accès aux soins. Ce document constitue le rapport final d'évaluation du projet, à 2,5 ans de l'inclusion du premier patient. Comme pour tous les projets Article 51, l'évaluation s'est axée sur 3 grands critères : faisabilité/opérationnalité, efficacité/efficience et reproductibilité. Adoptant une méthodologie mixte, l'évaluation s'est appuyée sur un volet qualitatif et donc sur les retours d'expérience des porteurs, des acteurs et parties prenantes du parcours (professionnels des centres SMR, effecteurs APA et partenaires institutionnels) et les retours des patients bénéficiaires. Le volet quantitatif a consisté en l'analyse des données individuelles des parcours patients issues du système d'information (SI) et des données du SNDS avec comparaison à 2 groupes témoins.

► **Radiating influence? Spillover effects among physicians**

EMPEL, G.V., AVDIC, D. ET KHALIL, U.

2025

Melbourne, Monash University (Monash University, Center for Health Economics Working Paper 2025-1)

<https://econpapers.repec.org/paper/mhechemon/2025-01.htm>

We study spillovers in healthcare by exploring how cardiologists' treatment choices are influenced by their peers. We employ clinical quality data from Sweden on the use of radiation in diagnostic angiography procedures. To account for endogeneity concerns, we instrument peers' weekly radiation output using the plausibly exogenous arrival of emergency cases they handle. Our estimates suggest that focal cardiologists increase their radiation output by 0.7 standard deviations for each standard deviation increase in their peers' output. These workplace spillovers lead to improved quality of care. Focal physicians detect additional blocked arteries, which increases treatment intensity and leads to lower risk-adjusted patient mortality.

► **Multidisciplinary Primary Care Groups (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, MSPs) and the Long Path to Team Practice**

FOURNIER, C., MORIZE, N. ET MOYAL, A.

2025

In: **[Handbook of Integrated Care]. New York, Springer**

Like other member countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), the French healthcare system faces a shortage of general practitioners (GPs), resulting in medically underserved areas and increasing disparities in access to health care. For a long time, solo practice remained the norm among French GPs—who are mainly self-employed—in a poorly structured outpatient sector. However, since 2007, new private coordinated care facilities—known as “Multidisciplinary Primary Care Groups” (*Maisons de Santé Pluriprofessionnelles*, MSPs, in French)—have emerged. These structures, led by self-employed GPs and supported by the public authorities, have catalyzed significant changes in the organization and financing of outpatient care. Alongside GPs, MSPs integrate nurses and allied healthcare professionals, with the aim of fostering coordinated and preventive care through formal contracts signed with local public authorities. The number of MSPs gradually increased, reaching 2251 by the end of 2022. Studies indicate MSPs have positive impacts on the distribution of primary healthcare providers, the evolution of professional practice with an expansion of the range of public health services offered to patients, the quality of care, and GPs working conditions. However, the dissemination of this model, which involves only 17% of GPs and remains heterogeneous, faces a number of obstacles and competes with other forms of integration.

► **The Power of Daughters: How Physicians Family Influences Female Patients Health**

GOERTZ, M., KRISTIANSEN, I.L. ET WANG, T.

2024

Copenhagen, Cebi (CEBI Working Paper Series 18/24)

https://www.econ.ku.dk/cebi/publikationer/working-papers/CEBI_WP_18-24.pdf

While physicians are crucial to patient outcomes, what determines physician behavior and decision making remains to be understood. In this paper, we study how physicians family characteristics influence physicians behavior and patient health outcomes. Using admin-

istrative data from Denmark and the natural experiment of a child's gender, we find that having daughters affects male primary care physicians practices and the health of their female patients. Specifically, female patients cared for by male physicians with one additional daughter (compared to one additional son) are 5.5% less likely to die from female-specific cancers, including breast and gynecologic cancers. This improvement in outcomes appears to stem from enhanced cancer screening and preventive efforts, leading to earlier detection and more successful prevention. Exploring potential mechanisms, we find that male physicians with more daughters show greater attentiveness to female-specific health guidelines and are more likely to collaborate with women. We also find suggestive evidence from survey data that female patients report higher levels of trust, empathy, and clearer communication with these physicians.

► **The Role of Physician Altruism in the Physician-Industry Relationship: Evidence from Linking Experimental and Observational Data**

HUANG, S., LI, J. ET BASU, A.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33439)

<https://www.nber.org/papers/w33439>

Altruism is a key component of medical professionalism that underlies the physician's role as a representative agent for patients. However, physician behavior can be influenced when private gains enter the objective function. We study the relationship between altruism and physicians' receipt of financial benefits from pharmaceutical manufacturers, as well as the extent to which altruism mitigates physicians' responsiveness to these industry payments. We link data on altruistic preferences for 280 physicians, identified using a revealed preference economic experiment, with administrative information on their receipt of financial transfers from pharmaceutical firms along with drug prescription claims data. Non-altruistic physicians receive industry transfers that are on average 2,184 USD or 254% higher than altruistic physicians. While industry transfers lead to higher drug spending and prescribing on paid drugs, these relationships are entirely driven by non-altruistic physicians. Our results indicate that altruism is an important determinant of physicians' relationships with and responses to industry benefits.

► **Prescribing Power and Equitable Access to Care: Evidence from Pharmacists in Ontario, Canada**

HOAGLAND, A. ET WANG, G.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5102270

Allowing pharmacists to treat patients may increase equitable access to healthcare and improve patient outcomes, but may also raise concerns about effective training or lead to substitutions away from regular physician-based care. We study the effects of a 2023 policy allowing pharmacists to prescribe for minor ailments in Ontario, Canada. We use Advan foot traffic data to measure how this policy affected visits to pharmacies, with particular emphasis on heterogeneity across neighborhoods and spillover effects on visits to other non-pharmacy medical facilities. Allowing pharmacists to prescribe led to a 16% increase in total visits to pharmacies, and a 3% increase in visits to other healthcare providers. We use the policy as exogenous variation to identify substitution elasticities between pharmacy visits and traffic to other medical facilities. Overall, 23% of increases in traffic to pharmacies spillover into increased use of outpatient-based care. Importantly, pharmacy traffic is a substitute for hospital-based

► **Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels**

LEPINE, C., LOULERGUE, P. ET MAGNIER, A.

2025

Paris, Igas

<https://www.igas.gouv.fr/Évaluation-du-modele-economique-des-centres-de-sante-pluriprofessionnels>

Le rapport propose un état des lieux des centres de santé pluriprofessionnels en France et en évalue la situation économique, financière et organisationnelle, tenant compte de leur grande diversité. En 2022, 586 centres de santé pluriprofessionnels (CDS), employant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, étaient en activité. Ces centres, ouverts à tous les usagers, dispensent principalement des soins de premiers recours et des activités de prévention. Ils se sont fortement développés entre 2016 et 2022, avec un nombre en hausse de 65 %. Ce rapport propose vingt pistes pour consolider le modèle de rémunération actuel, inciter à une prise en charge coordonnée et augmenter la file active des patients. Parmi les recom-

mandations clés, figurent l'accompagnement des gestionnaires de centres, l'amélioration des téléservices par l'Assurance maladie et la mise en place de mesures pour prévenir la désertification médicale.

► **Knowledge Growth and Specialization: Evidence from Oncologists**

LOZINSKI, M.

2024

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4960603

Do workers respond to growing general knowledge by specializing? I study this in medical oncology, which has explosive growth in knowledge based on changes in historical cancer treatment guidelines. In response to knowledge growth, a minority of highly specialized oncologists become even more specialized. However, most oncologists do not become more specialized and continue to see a range of cancers. Instead, they increasingly fall behind the most specialized oncologists in drug-specific experience and the adoption of new cancer drugs. Growth in specialization occurs only in large markets, leading to increasing geographic inequality and implying growing economies of scale in healthcare.

► **Les coûts de l'autonomie : Économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires**

MORIZE, N.

2024

Paris Institut d'Études politiques. Thèse pour le doctorat en sociologie.

<https://theses.fr/2024IEPP0009>

Dans le secteur des soins primaires, la demande de soin excède largement l'offre, entre augmentation des maladies chroniques et vieillissement de la population, conjugués à une baisse de la démographie médicale. L'apparition de zones géographiques sous-dotées interroge alors l'absence de régulation de l'installation et des pratiques des médecins généralistes libéraux. Ces dernières décennies sont marquées par le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces organisations permettent à des professionnels libéraux de bénéficier de financements publics en échange, entre autres, d'une coordination pluriprofessionnelle accrue. Leur essor s'accompagne d'une diversification des modes de rémunération,

avec l'apparition de financements collectifs et complémentaires au paiement à l'acte. Lancées en 2019, les expérimentations d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et d'un Paiement en équipe de professionnels de santé de ville (Peps) marquent un pas supplémentaire dans ces réformes. Elles visent des redivisions du travail sectorielles (pour Ipep, entre secteur des soins primaires et hospitalier) et professionnelles (pour Peps, entre médecins généralistes et infirmières). La collectivisation des professionnels de santé (et de leurs rémunérations) vise à les responsabiliser malgré leur statut libéral, en leur attribuant le mérite de résultats de santé mais aussi en leur imputant les dépenses en matière de consommation de soins de leur patientèle. Ces expérimentations sont promues par des économistes administratifs, et relayées par des médecins généralistes libéraux, entrepreneurs de ces réformes. Comment expliquer cette alliance a priori improbable, entre des médecins historiquement attachés à leur autonomie libérale, et des pouvoirs publics soucieux de réformer l'exercice libéral ?

► **What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers?**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers_002b3a39-en.html

Health workforce shortages are reported in most countries around the world, and there are concerns that these shortages might worsen in the coming years due to population ageing. Increasing the training of new doctors and nurses is one of the main policy levers to respond to growing demand for health services and address shortages. However, expanding educational capacity will prove ineffective if there is not a sufficient pool of qualified and motivated candidates to fill these positions. There are growing concerns that difficult working conditions in the health sector, combined with relatively low pay for some categories of workers, may deter young people from pursuing careers in health. This technical report reviews available data on students' interest in health sector jobs from two main sources: 1) the OECD Programme for International Student Assessment (PISA) survey that covers around 80 OECD and non-OECD countries and economies; and 2) student applications and admissions to health edu-

cation programmes based on national administrative data. The data from the PISA survey indicate that the interest of 15-year-old students in pursuing careers in the health sector has decreased in about half of OECD countries between 2018 and 2022 and has also decreased in several non-OECD countries.

► **Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique**

SCEMAMA, A., MICK, G. ET DRUEL, V.

2024

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique

La HAS, en partenariat avec le Collège de la Médecine Générale et la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, propose un nouveau parcours de santé ville-hôpital potentiellement capable de fournir des soins et un accompagnement de qualité aux 20 millions de personnes souffrant de douleur chronique en France. Le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique est gradué selon trois niveaux capables de fournir à la personne, à tous les niveaux, des soins et un accompagnement pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Ce parcours a été décliné pour 4 types de population : adultes, enfants et adolescents, personnes atteintes d'un cancer, personnes vulnérables (personnes vivant en institution, personnes âgées fragiles, personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité).

► **Imaginer les soins primaires de demain**

SENN, N., BOURGUEIL, Y., BRETON, M., *et al.*

2025

Chêne-Bourg, RMS Editions

<https://boutique.revmed.ch/imaginer-les-soins-primaires-de-demain-gfsp>

Par leur position centrale d'accès au système de santé, leur rôle naturel dans la coordination des soins et s'inscrivant dans un partenariat à long terme avec les individus au sein de leur communauté, les soins primaires devraient être le pivot de tout système de santé. Pourtant, alors qu'ils constituent effectivement un premier niveau de soins pour la population sur un territoire donné afin de répondre à une majorité des besoins individuels, nous observons dans les pays occidentaux un déficit encore important du déploiement des soins primaires. Les causes sont multiples : prépon-

dérance dans nos sociétés d'une médecine technologique centrée sur l'hôpital et les soins aigus, manque de culture de santé publique des professionnels, déficits structurels et de gouvernance des systèmes de santé ou encore manque de volonté politique. Cet ouvrage collectif propose une réflexion sur les défis contemporains que doivent affronter les soins primaires ainsi que sur les possibles voies d'action pour y faire face. Le cœur de l'ouvrage est articulé autour des

six enjeux majeurs pour les soins primaires que sont les dimensions sociale, environnementale et politique de la santé, la santé mentale, la résilience et l'intégration des services de santé. La dernière partie du livre présente de façon pragmatique, et souvent basée sur des expériences concrètes de terrain, comment mieux organiser et développer les structures de soins primaires de demain (d'après la 4^e de couv.)

Systemes de santé

Health Systems

► General Practice in England

GAJJAR, D. ET POWELL, T.

2025

Londres (Briefing paper House or Commons Library)

<https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7194/CBP-7194.pdf>

Ce dossier documentaire présente une vue d'ensemble de la médecine générale en Angleterre : définition de l'activité, démographie médicale, rémunération, organisation des soins etc... Il présente également les défis à relever pour l'avenir de la médecine générale dans ce pays.

► L'installation des professionnels de santé en Allemagne

SÉNAT

2025

Paris, Sénat (Étude de législation comparée 341)

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/lc341-notice.html>

À la demande de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, la Division de la Législation comparée du Sénat a effectué des recherches sur l'installation des professionnels de santé en Allemagne. Cette note expose tout d'abord le cadre général de l'organisation de la médecine de ville en Allemagne, décrit les dispositifs de régulation de la couverture territoriale et conclue sur les obligations en matière de permanence des soins.

Travail et santé

Occupational Health

► The Impact of Parental Job Security on Children's Health

APARICIO FENOLL, A., FERNANDEZ-BALDOR LAPORTA, P. ET VALL CASTELLO, J.

2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17625)

<https://docs.iza.org/dp17625.pdf>

Dual labor markets are characterized by a group of

workers with permanent jobs and a stable income source and another group with short-term contracts who suffer from income uncertainty and employment volatility. These differences in job security translate into several spheres of these workers' lives, with potential implications for families' well-being. This paper analyzes the causal effect of parental job security on children's health. To address endogeneity, we exploit a reform that incentivized secure labor contracts for

young (under 30) and female workers in Spain by reducing payroll taxes paid by employers. Using data from several waves of the Spanish National Health Survey and combining Instrumental Variables and Differences-in-Differences methods, we find that having a secure labor contract increases the probability that children are in good or very good health by 20%. We also document some mechanisms, such as reductions in children's accidents, increases in the frequency of physical activity, and a more protein-intense diet.

► **L'Essentiel 2023 - Santé et sécurité au travail**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2024

Paris, Cnam

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-12_lesessentiel-2023-sante-securite-au-travail_assurance-maladie.pdf

Cette édition 2023 de la collection L'Essentiel - Santé et sécurité au travail présente les chiffres clés des accidents du travail et maladies professionnelles. Les données de sinistralité de l'année 2023 s'inscrivent dans la continuité des données 2022, avec une baisse constatée du nombre global des sinistres comparativement à la période précédant la crise sanitaire, et des évolutions différenciées selon qu'il s'agit d'accidents du travail, de trajet ou de maladies professionnelles. En effet, si les accidents du travail indemnisés par un arrêt de travail supérieur à 3 jour (indicateur habituel de la branche AT/MP) enregistrent en 2023 une diminution (- 1,5 %), les accidents de trajet et les maladies professionnelles augmentent quant à eux de + 5,1 % et + 7,3 %.

► **The Effects of Layoffs on Opioid Use and Abuse**

MORTHORST, M., PRICE, D. ET THINGHOLM, P.
2025

Toronto, University of Toronto (University of Toronto. Department of Economics Working Papers 794)

<https://econpapers.repec.org/paper/tortecipa/tecipa-794.htm>

The opioid epidemic is often associated with economic hardship. We identify their causal relationship by estimating the effect of mass layoffs on opioid use and abuse in Denmark. This paper has three main contributions. First, we find the clearest evidence that economic

conditions affect opioid use: individuals increase consumption by 65%, with evidence of abuse. Second, we disentangle indirect effects: spouses consume 40% more opioids. Third, we connect opioid demand (as we study) to the more prominent literature on supply, finding evidence that effects of layoffs are stronger in areas that have a large underlying supply of opioids.

► **Se tenir debout. Un siècle de lutttes contre les souffrances au travail**

PONGE, R.

2025

Paris, La Dispute

Se relever, après un burn-out professionnel, reprendre possession de sa santé physique et mentale, est un processus qui peut durer des années. Se relever et se tenir debout, c'est aussi, dans l'entreprise, oser prendre la parole et résister à la détérioration des conditions de travail. Aujourd'hui, 2,5 à 3 millions de salarié-es en France estiment avoir vécu un burn-out. Si ce dernier est considéré comme le mal du XXIe siècle, les souffrances psychiques liées au travail existent depuis très longtemps. Dès les années 1930, on parlait déjà de « fatigue nerveuse ». Ce livre raconte l'histoire méconnue de celles et ceux, salarié-es, scientifiques, syndicalistes, qui se sont efforcé-es de se tenir debout, de lutter durant des décennies pour faire reconnaître ces maux. Il propose un regard nouveau sur les défis actuels pour prévenir les souffrances au travail, malgré les apparences de progrès (4^e de couv.)

► **Paid Sick Leave and the Employment and Employment Intensity of Older Workers**

SLOPEN, M.

2025

Luxembourg, Stone Center on Socio-Economic inequality (Stone Center on Socio-Economic Inequality Working Paper 100)

<https://econpapers.repec.org/paper/osfocarx/nux6q.htm>

Background and Objectives: As life expectancy has increased, there has been political pressure to raise the age for retirement benefit claims. Paid sick leave (PSL) may support older workers in maintaining employment intensity by offering workers the flexibility to address health and caregiving needs. However, little is known about the role of PSL access on older workers' employment and income. Research Design and Methods: The

study uses data from the 2010-2018 National Health Interview Survey (NHIS), accessed via IPUMS. Stratified multivariate regression models controlling for demographic and employment characteristics are used to explore the association between access to PSL and employment intensity among older workers. Results: Among workers older than age 62, access to PSL is associated with a 28% higher likelihood of working full-time ($p < 0.001$) and an average of 7.3 (18.8%) more hours per week ($p < 0.001$). The strongest associations between access to paid sick leave and employment

intensity are observed among female workers and those with educational attainment beyond a high school degree, and weakest among Latinx workers. Discussion and Implications: PSL access is associated with greater employment intensity as workers age, with implications for economic security given the significant increase in hours worked per week. Public policy requiring employers to provide PSL may reduce disparities in access and support the employment of older workers.

Vieillessement

Aging

► Rapport de la branche Autonomie 2024

ALIMI, L., AZOULAI, V. ET BOISSON-COHEN, M.
2025

Paris, C.N.S.A.

<https://www.cnsa.fr/publications/rapport-de-la-branche-autonomie-2024>

Pour la première année, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) publie un rapport de la branche Autonomie. Ce rapport vise à mettre en lumière des données nationales et territoriales concernant les publics, les solutions d'accompagnement et les moyens financiers dédiés à la politique de l'autonomie.

► Home vs. Nursing Care: Unpacking the Impact on Health and Well-Being

BASSOLI, E., LEFEBVRE, M. ET SCHOENMAECKERS, J.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5124297

In this paper, we present estimates of the effect of different care settings on health and wellbeing outcomes. We use data from the French CARE Survey, which interviews individuals aged 60 and above, to assess the differential effect of living at home or in a nursing home on mortality, morbidity and well-being indicators. In addition, we differentiate the effect between for-profit and non-profit nursing homes. To do so, we apply a propensity score matching approach that con-

trols for selection on observables by matching people living at home with those living in nursing homes. Our results are threefold. First, we observe a positive effect of being in a nursing home on health outcomes but a negative effect on other well-being indicators such as happiness and nervousness. Second, the ownership status of the nursing home matters and the positive effect is stronger for non-profit and public nursing homes. Third, residents in for-profit nursing homes appear to be worse off than those in nonprofit institutions. These findings raise important questions for the future organization and the funding of long-term care.

► Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire des personnes âgées de 75 ans et plus

BENETOS, A., BAUDUCEAU, B., BELMIN, J., *et al.*
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2025/02/25.1.28-RAPPORT-FdR-Cardiovasculaire-APRES-VOTE.pdf>

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de morbidité et de mortalité chez les sujets âgés de 75 ans et plus, en raison des altérations structurales et fonctionnelles du cœur et des vaisseaux liées à l'âge, ainsi que de l'exposition cumulative aux facteurs de risque cardiovasculaire. Cette population présente une très forte croissance démographique ainsi qu'une hétérogénéité importante au niveau de l'état de santé et

des capacités fonctionnelles : c'est à partir de cet âge qu'un pourcentage important de sujets présentent une fragilité croissante avec un déclin important des capacités physiques et mentales, et de plus en plus de maladies chroniques. Les sujets âgés les plus fragiles sont souvent à très haut risque de complications cardiovasculaires graves, et nécessitent donc des traitements médicamenteux préventifs et curatifs ; cependant, cette même population étant la plus vulnérable aux effets indésirables des traitements, cela peut conduire à des stratégies médicamenteuses moins agressives. L'objectif de ce rapport est de contribuer à une prise en charge personnalisée, coordonnée et holistique des facteurs de risque cardiovasculaire chez les sujets âgés de 75 ans et plus en fonction de leur niveau de fragilité et de leur état fonctionnel, et non de leur âge chronologique, afin d'éviter un surtraitement des plus fragiles, ou un sous-traitement des plus robustes.

► **Nursing Home Shortage and Hospital Bed-Blocking**

BERGMANN, L., HEGER, D. ET WUCKEL, C.
2024

Bochum, Ruhr-Universität Bochum (Ruhr Economic Papers 1108)

<https://ideas.repec.org/p/zbw/rwrep/306838.html>

A hospital stay dramatically increases the risk that an elderly person will require long-term care. Due to increasing staff shortages in German nursing homes, patients who require nursing home care directly after a hospital stay often struggle to find a nursing home bed. This paper studies how hospital length of stay differs between care dependent individuals requiring and not requiring a nursing home bed, controlling for potential health differences between these groups. We find that the need for a nursing home bed is associated with approximately a 40% increase in length of stay. Since hospital care is much more expensive than nursing home care, bed-blocking is not only a concern for the patients but also for public policy.

► **Le répertoire de gestion des carrières unique : un projet ambitieux, un suivi des coûts peu transparent (RGCU)**

COUR DES COMPTES
2024

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-repertoire-de-gestion-des-carrieres-unique-un-projet-ambitieux-un-suivi-des-couts>

Le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) gagnerait à remplacer les bases de données de carrière de plus de 30 régimes obligatoires de retraite pour créer un dispositif unique et centralisé des parcours professionnels de tous les assurés. Une telle base inter-régimes permettra à la fois de fiabiliser et de totaliser les données relatives à la durée d'assurance des assurés, de sécuriser l'accès à leurs droits, mais aussi de disposer, à l'avenir, d'un outil indispensable à la mise en œuvre de réformes d'ensemble. La Cour appelle à accélérer son déploiement à tous les régimes et à en maîtriser les coûts (plus de 320 M€ arrêtés à fin 2023) grâce à un meilleur pilotage financier.

► **Situation financière et perspectives du système de retraites**

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/situation-financiere-et-perspectives-du-systeme-de-retraites>

À la suite de son discours de politique générale devant l'Assemblée nationale le 14 janvier dernier, le Premier ministre a confié à la Cour une « mission flash » portant sur la situation financière et les perspectives du système de retraites, à rendre le 20 février. Selon la lettre de mission adressée à la Cour le 20 janvier, ce rapport a vocation à servir de base indiscutable à la délégation permanente des partenaires sociaux, qui aura dès lors pour mission de proposer des solutions pour améliorer le système de retraites, dans un objectif de justice et d'équilibre financier. À compter de la remise du rapport, les partenaires sociaux auront trois mois pour trouver un accord en ce sens. Si ce rapport au caractère inédit s'adresse aux partenaires sociaux, il est également destiné à l'ensemble des citoyens, afin de leur offrir la vision la plus claire possible de ce sujet complexe, sur la base de constats et de chiffres objectifs.

► **Social Protection Committee, Annual Report 2024 Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and developments in social protection policies**

EUROPEAN COMMISSION
2024

Bruxelles, Commission Européenne

https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/social-protection-committee-annual-report-2024-review-social-protection-performance-monitor-sppm-and_en

The Social Protection Committee's (SPC) annual review of the social situation in the EU and the policy developments in the Member States delivers on its Treaty mandate and provides input in the context of the preparation of the 2025 Annual Sustainable Growth Survey.¹ The report i) monitors the social situation, including the progress towards the 2030 target on reducing poverty and social exclusion and highlighting the most recent trends to watch, ii) identifies key structural social challenges facing individual Member States, as well as good social outcomes, and iii) reviews recent social policy developments. The 2024 edition focuses on long-term care as the SPC's Thematic Social Reporting in 2024 takes stock of the implementation of the Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care, as a deliverable of the European Care Strategy.

► **Health Insurance as Economic Stimulus? Evidence from Long-Term Care Jobs**

HACKMANN, M.B., HEINING, J. ET KLIMKE, R.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33429)
<https://www.nber.org/papers/w33429>

We leverage decades of administrative data and quasi-experimental variation in the introduction of universal long-term care (LTC) insurance in Germany in 1995 to examine whether health insurance expansions can stimulate local economies. We find that the LTC insurance rollout led not only to sizeable growth of the target LTC sector, but also to an aggregate fall in unemployment and an increase in the labor force participation. Quantitatively, a 10 percentage point increase in the share of insured LTC patients led to 4 more nursing home workers per 1,000 individuals age 65 and older (12% increase). Wages did not rise in the LTC sector or other sectors of the economy. The quality of newly hired nursing home workers declined, but this had no negative effect on old-age life expectancy. Overall, the insurance expansion brought lower-skilled workers into new jobs rather than reallocating workers away from other productive sectors. Our marginal value of public funds (MVPF) analysis suggests that the reform paid for itself when taking the positive fiscal externalities in the labor market into account. To understand which market primitives underpin our findings and to inform

the external validity of our results, we develop and estimate a general model of labor markets with product-market subsidies in the presence of wedges, such as income taxes. Our model simulations show that the aggregate welfare effects of insurance expansions are theoretically ambiguous and depend centrally on the magnitude of frictions in input markets

► **Avis portant sur le projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpad totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE
2024

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

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

Le projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpad totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH a été examiné par le Conseil de l'âge lors de sa séance du 12 décembre 2024. À son issue, le Conseil prend majoritairement acte de ce projet texte d'application de l'article 24 de la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Par le vote de cette mesure, le législateur entendait résoudre une partie des désavantages que subissent les Ehpad totalement ou largement habilités à l'aide sociale, et garantir les droits des résidents au regard des surtarifs applicables. Le Conseil de l'âge estime que les dispositions proposées par le projet dont il a été saisi répondent assez largement à l'objectif de clarification du cadre. En revanche, l'objectif de sécuriser l'accès à une offre accessible financièrement sur l'ensemble des territoires n'est que très insuffisamment garanti.

► **The Rise of Person-centered Care: Effects of Single-Room Nursing Home Quotas on Long-Term Care**

HERR, A., LÜCKEMANN, M. ET REICHERT, A.
2025

Hannover, Hannover Medical School (Hannover Economic Papers (HEP) dp-734)

<https://ideas.repec.org/p/han/dpaper/dp-734.html>

This study examines the implications of the rising person-centered care model on the long-term care market, specifically focusing on the promotion of higher single-room occupancy in nursing homes. We exploit the

staggered implementation of a state-level policy that requires nursing homes to meet single-room quotas, forcing many long-term care providers to convert multi-resident rooms into single-occupancy rooms. Our difference-in-differences analyses are based on data from the German Care Statistics covering the period between 2007 and 2019. These data offer detailed insights into the universe of individuals needing care, their specific care arrangements, and all nursing home facilities in the country. Our results indicate that the policy significantly decreases the likelihood of individuals in severe need of care securing a bed in a nursing home. The likelihood of individuals receiving professional home health care remains unchanged by the policy. We observe, however, a notable increase in the proportion of people in severe need of care in informal home care. The policy generates substantial direct net fiscal gains for long-term care insurance and local communities. These likely exceed potential indirect fiscal costs that may arise, for instance, due to reduced income tax revenues for federal and national governments resulting from lower labor supply among informal caregivers.

► **Long-term care policies in practice-
A European perspective**

HOUGAARD JENSEN, S.E., PINKUS, D. ET RUER, N.
2024

Bruxelles, Bruegel (Bruegel Working Paper 21/2024)
https://www.bruegel.org/sites/default/files/2024-12/WP%20Full%20Paper_DavidandNina.pdf

This paper offers a comprehensive study of the long-term care (LTC) systems in Germany, France, Slovenia, Italy and Denmark. In many EU countries, the demand for LTC services already exceeds supply. Without major reforms, this 'care gap' is likely to widen further because of population ageing. This paper highlights a number of recent reforms to reduce this care gap by affecting the demand for and supply of long-term care services. We find that most measures to increase the supply of formal LTC services focus on workforce attractiveness. By examining recent policy efforts and reforms, we aim to understand in which direction LTC policy is going, and to showcase measures to prepare for the future increase in demand for care.

► **The Well-Being Costs of Informal
Caregiving**

KRAMER, M.D. ET BLEIDORN, W.
2024

Berlin, D.I.W. (SOEP Papers 1214)

https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.929247.de/diw_sp1214.pdf

How does informal care affect caregivers' well-being? Theories and existing research provide conflicting answers to this question, partly because the temporal processes and conditions under which different aspects of well-being are affected are unknown. Here, we used longitudinal data from Dutch, German, and Australian representative panels (281,884 observations, 28,663 caregivers) to examine theoretically derived hypotheses about changes in caregivers' life satisfaction, affective experiences, depression/anxiety, and loneliness. Overall, results provided evidence for negative well-being effects after the transition into a caregiver role, with more pronounced and longer-lasting well-being losses in women than men. We further found that well-being losses were larger with more time spent on caregiving, in both men and women. These results were robust across moderators of the caregiving context (care tasks, relationship with care recipient, and fulltime employment). Together, the present findings support predictions of stress theory and highlight lingering questions in theoretical frameworks of care-related well-being costs.

► **Les retraites en France : de 1991
au conclave de 2025**

LE CERCLE DE L'EPARGNE
2025

Paris, Le Cercle de l'Épargne

<https://cercledelepargne.com/les-retraites-en-france-de-1991-au-conclave-de-2025>

Pas de suspension, pas d'abrogation mais une remise sur le gril de la retraite version 2023. C'est la première fois depuis 1993 qu'une réforme fait l'objet d'une remise en cause aussi forte deux ans après son adoption. Les précédentes, celles de 1993, de 2003, de 2007, de 2010 ou de 2014 avaient pu susciter des oppositions parfois vives mais avaient fini par être acceptées, le cas échéant après des ajustements mineurs. Dans le cadre de la réflexion que le Gouvernement de François Bayrou a engagée sur les retraites, le Cercle de l'Épargne entend tout à la fois revenir sur plus de 30 ans de réforme et sur les défis auxquels est confronté notre système de retraite en 2025.

► **Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022**

LOUVEL, A. ET MONIRIJAVID, S.

2024

Études et résultats de la Drees (1318)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/241114_ER_perte-autonomie-seniors

En 2022, en France métropolitaine, parmi les 18 millions de personnes qui ont 60 ans ou plus, 16,7 millions vivent à leur domicile. L'enquête Autonomie Ménages réalisée par la DREES permet de mieux connaître leur état de santé et les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. Ainsi, en 2022, 3 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on en retienne une définition restreinte ou large, soit de 500 000 à 1,3 million d'individus concernés. D'autres mesures, établies sur une liste d'activités plus restreinte que celle du GIR, évaluent la part de personnes âgées en perte d'autonomie sévère à 2 % (indicateur de Katz) et à 1 % (indicateur de Colvez). Au sein de la population des 60 ans ou plus vivant à domicile, 41 % des personnes sont confrontées à des limitations fonctionnelles sévères (problèmes de vue ou d'audition malgré une correction, difficultés pour monter un escalier, trous de mémoire fréquents, difficultés à se faire comprendre des autres, etc.) et 26 %, à des restrictions importantes dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé. Les femmes sont plus touchées que les hommes. Fait notable, les seniors vivant à domicile sont moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015, alors même qu'en parallèle la proportion de personnes âgées accueillies en établissement a elle aussi baissé. Dans un contexte de quasi-stagnation de l'espérance de vie à 60 ans entre 2015 et 2022, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a donc augmenté sur la même période, de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes.

► **Mortality Regressivity and Pension Design**

PASHCHENKO, S., JANG, Y. ET PORAPAKKARM, P.

2024

Münich, M.P.R.A. (MPRA Paper 122662)

https://mpr.ub.uni-muenchen.de/122662/1/MPRA_paper_122662.pdf

Should public policies address inequality due to het-

erogeneous life expectancy? Intuitively, taking short life as a disadvantage, such policies should favor those with high mortality. Yet, pension systems implicitly redistribute from low-life-expectancy to high-life-expectancy people. Moreover, this direction of redistribution is optimal from the perspective of the standard utilitarian welfare criterion. We study mortality-related redistribution in a more flexible setting. We start by establishing a formal framework for the analysis by clearly distinguishing between the redistribution along mortality and income dimensions, and thus between mortality and income progressivity. We then show that it is optimal to redistribute towards high-mortality people in two cases. First, when welfare criterion features aversion to lifetime inequality which exceeds aversion to consumption inequality. Second, when income and mortality are negatively correlated, and income redistribution tools are limited

► **Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité**

PENNEAU, A. ET OR, Z.

2025

Paris, Irdes (Document de travail, Irdes, 92)

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/092-mesurer-la-qualite-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad.pdf>

La qualité des soins est une notion difficile à mesurer dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui offrent un large éventail de services, sur une période prolongée, à des personnes ayant des besoins de soins multiples, allant d'une assistance personnelle pour les activités de la vie quotidienne à des soins médicaux plus techniques, notamment en fin de vie. Disposer d'informations objectives et pertinentes sur la qualité est essentiel pour les résidents et leur famille afin de faire des choix éclairés, mais aussi pour inciter les établissements à améliorer les dimensions de qualité mesurées. Or, en France, il n'existe pas de recueil d'indicateurs standardisés permettant de mesurer la qualité des Ehpad, disponible à la fois pour les personnes âgées et leurs familles, les instances qui financent les établissements, ou pour la recherche. Ce document de travail vise à contribuer au développement de données et d'indicateurs de qualité des soins dans les Ehpad en France, en dressant un état des lieux de la littérature internationale sur les indicateurs utilisés dans les établis-

sements médico-sociaux, ainsi que des données disponibles en France. Nous présentons également un ensemble d'indicateurs de qualité inédits, calculés à partir des données disponibles en France. Nos travaux de recherche montrent qu'il est possible d'apparier différentes bases de données et de mesurer certaines dimensions de la qualité des soins, mais qu'il est impossible de mesurer toutes les dimensions de la qualité en Ehpad. Malgré une multiplication des sources de données administratives et d'enquête sur les Ehpad, les données restent très éparpillées et ne sont pas toujours représentatives. Certaines dimensions de la qualité, liées notamment au bien-être et à la satisfaction des résidents, mais aussi à leur état clinique et fonctionnel, ne sont pas suivies de manière standardisée dans les établissements. Cependant, des outils validés existent au niveau international. Nos résultats, sur un ensemble limité d'indicateurs, montrent également des différences significatives en termes de qualité de structure, de processus et de résultats entre établissements. Ces résultats appellent à une meilleure mobilisation des outils standardisés pour recueillir des données et développer des indicateurs permettant de comparer la qualité des soins dans les Ehpad, afin de contribuer à son amélioration.

obligatoire finançant principalement une prestation monétaire, le Danemark s'illustre par une prise en charge universelle et par l'accent mis sur la prévention.

► **Prise en charge des personnes âgées et organisation de l'hôpital en Allemagne et au Danemark**

SÉNAT

2025

Paris, Sénat

https://www.senat.fr/rap/r24-243/r24-243_mono.html

Une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Allemagne, à Berlin, et au Danemark, à Copenhague, en avril 2024, sur les thèmes de l'hôpital et de la prise en charge des personnes âgées. Concernant la santé, la mission s'est intéressée aux projets de transformation de l'offre hospitalière face aux contraintes de raréfaction des ressources et d'équilibre territorial. Si l'Allemagne a engagé une réforme de l'organisation et du financement de son système hospitalier, le Danemark a confirmé en 2024 la rationalisation conduite depuis la réforme structurelle de 2007, avec une forte spécialisation des hôpitaux. Dans le champ de l'accompagnement et de la prise en charge du grand âge, s'ils affichent tous deux une préférence pour le domicile, les deux pays abordent le défi du vieillissement avec deux philosophies éloignées. Alors que l'Allemagne a fait le choix d'une assurance

Index des auteurs Author index

A

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	21
Alimi, L.	38
Almyranti, M.	11
Ananuev, M.	21
Anaya-Montes, M.	24
Andresciani, C.	13
Aparicio Fenoll, A.	36
Arnold, C.	31
Aubert, P.	25
Avdic, D.	32
Aven, R.	22
Azoulai, V.	38

B

Barcellos, S.H.	24
Bardey, D.	31
Bassoli, E.	38
Basu, A.	33
Bauduceau, B.	38
Belmin, J.	38
Benetos, A.	38
Bensadon, A.C.	27
Bergmann, L.	39
Bertens, L.	19
Berut, T.	13
Bezannier, L.	32
Bleidorn, W.	41
Blondet, E.	25
Boisson-Cohen, M.	38
Borella, A.	29
Bourgueil, Y.	35
Bourin, C.	27
Bour, T.	31
Brekke, K.R.	9
Breslin, T.	29
Breton, M.	35
Brosig-Koch, J.	31

C

Caisse nationale de l'Assurance Maladie	37
Carvalho, L.	24
Cecchin, M.	25
Cerema.	17
Chanel, O.	17
Coldefy, M.	28, 29
Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé	28
Conseil National Professionnel Infirmier	32
Corso, M.	17
Cour des comptes	39
Cour des comptes européenne	17
Cvijanovic, D.	29

D

De Donder, P.	31
Delage, S.	21
Delort, L.	21
Deprez, L.	31
Desnos, M.	24
De Wilde, D.	27
Didier, M.	13
Di Gioacchino, D.	13
Divol-Fabre, E.	25
Donio, V.	32
Drees	14
Druel, V.	35
Duchaine, F.	20
Duee, M.	10
Dunn, A.	13

E

Empel, G.V.	32
Espagnacq, M.	16
European commission	39

F

Fédération Hospitalière de France	29
Fernandez-Baldor Laporta, P.	36
Fernando, L.	13
Fondation Abbé Pierre.....	20
Fournier, C.	33
France Assureurs	14
Fron, P.	15

G

Gajjar, D.	36
Gandre, C.	28 , 29
Gilard, M.	24
Gleizes, F.	10
Goda, G.S.....	14
Goertz, M.	33
Grasic, K.	24

H

Hackmann, M.B.....	40
Hamel, E.	19
Hart, K.	29
Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'âge	30 , 40
Haut Conseil pour le financement de la protection sociale	16
Haute Autorité de Santé.....	22 , 25 , 30
Heger, D.	39
Heining, J.	40
Hennig-Schmid, H.	31
Herr, A.	40
Heun-Johnson, H.	14
Hoagland, A.	34
Hougaard Jensen, S.E.	41
Huang, S.....	33

J

Jang, Y.....	42
--------------	----

K

Kairies-Schwarz, N.....	31
-------------------------	----

Keelara, R.....	11
Kessler, D.	21
Khalil, U.	32
Klimke, R.	40
Komajda, M.....	24
Kramer, M.D.	41
Kristiansen, I.I.	33

L

Lakdawalla, D.....	14
Langa, K.....	24
Layton, T.	9
Le Cercle de l'Epargne	41
Lefebvre, M.....	38
Lefevre, M.....	23
Lepine, C.....	34
Leroux, M.I.	31
Liebman, E.....	13
Li, J.....	33
Lomas, J.....	24
Louergue, P.....	34
Louvel, A.....	42
Lozinski, M.....	34
Lückemann, M.....	40
Lurie, I.....	14
Lu, Y.....	9

M

Magne, P.....	27
Magnier, A.	34
Mcpake, B.	15
Medina, S.	17
Megan, W.....	23
Meyer, E.	11
Mick, G.	35
Millet, L.....	11 , 12
Milstein, R.	15
Ministère chargé de la Santé.....	12 , 18 , 22
Monirijavid, S.....	42
Morize, N.....	33 , 34
Morthorst, M.....	37
Moyal, A.....	33
Mueller, J.E.	15

N

Normand, C..... 15

O

Observatoire français des drogues et des
tendances addictives 19

Organisation de coopération et de
développement économiques 26, 35

Organisation Mondiale de la Santé 26

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau
régional de l'Europe 27

Or, Z. 42

Owen, D. 23

P

Parikh, P.S. 14

Pashchenko, S. 42

Penneau, A. 42

Perfilyeva, A. 22

Perrault, T. 19

Pichetti, S. 16

Pinkus, D. 41

Politzer, E. 9

Ponge, R. 37

Porapakarm, P. 42

Powell, T. 36

Price, D. 37

R

Raghavendra Misikin, V. 22

Raynaud, J. 31

Reichert, A. 40

Reif, J. 14

Ruer, N. 41

Ryan, W. 23

S

Sabani, L. 13

Safon, M.O. 30

Scemama, A. 35

Schlenker, O. 23

Schoenmaeckers, J. 38

Sénat 36, 43

Senn, N. 35

Siciliani, L. 9

Slopen, M. 37

Smith, S. 15

Solard, J. 10

Soleymani, D. 19

Starren, J. 25

Straume, O.R. 9

Strumpf, E.C. 19

Suhard, V. 30

Sutherland, E. 11

T

Thelot, H. 10

Thingholm, P. 37

Tordeux bitker, M. 11

Troy, L. 13

V

Vall Castello, J. 36

Van den Heede, K. 23

Van de Voorde, C. 23

Van Ourti, T. 19

Vidiella-Martin, J. 19

Vignollet, C. 19

W

Wang, G. 34

Wang, T. 33

Wiedemann, M. 29

Wu, A. 29

Wuckel, C. 39

Wygol, W. 21

Y

Yong, J. 21

Z

Zhang, Y. 21