

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Janvier 2026 / January 2026

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>
Pharmaceuticals	<i>Médicaments</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 9** **Rapport annuel 2024 de l'Assurance maladie - Risques professionnels : Éléments statistiques et financiers**
Caisse nationale de l'Assurance maladie
- 9** **Are low-income individuals willing to pay more to remain insured? Evidence from France**
Carre, B. et Gayet, C.
- 9** **Avis du Comité d'alerte n°2025-4 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**
Comité d'alerte de l'Ondam
- 9** **Implications of Universal Healthcare in the US: An Economic and Comparative Analysis**
Karthik, K.
- 10** **Balancing Patient Affordability and Insurer Costs: Evidence from State-Level Copay Accumulator Bans**
Moon, J.W., Zhao, H. et Lu, S.F.
- 10** **The denationalisation of healthcare: How to replace the NHS with a social health insurance model**
Niemietz, K.

Démographie

Demography

- 11** **France, portrait social. Edition 2025**
Kashi, C., Le gouguec, A. et Raynaud, E.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- 11** **Artificial Intelligence Use and Anxiety Among American Teenagers**
Carter, A.J. et Grace, N.

- 11** **La protection des données personnelles. Fondamentaux – Nouveaux défis – Cas d'usages**
Desgens-Pasanau, G.
- 11** **Intelligence artificielle et responsabilité médicale. Quels enjeux ?**
Lecomte, D. et Roques-Latrille, C.
- 12** **Stratégie intelligence artificielle et données de santé 2025 -2028**
Ministère chargé de la Santé

Économie de la santé

Health Economics

- 12** **Développements et tendances en Sécurité sociale – Monde 2025**
Association Internationale de la Sécurité sociale
- 13** **What money shouldn't buy? Measuring aversion to monetary incentives for health behaviors**
Campos-Mercade, P., Meier, A.N. et Schneider, F.H.
- 13** **Petit éloge de la Sécu**
Damon, J.
- 13** **Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2024, Prévisions 2025 et 2026**
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 13** **La situation financière de la Sécurité sociale**
Cour des comptes
- 14** **Rapport d'information sur les évolutions envisageables du financement de la protection sociale fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales**
Doineau, E. et Poncet Monge, R.
- 14** **Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux**
Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie
- 14** **Increasing price transparency in the Dutch healthcare market does not affect provider choice**
Husiatynski, M., Klein, T.J. et Mikkers, M.

- 15 The Health Financing Volatility (HFV) Index: A Framework for Measuring Instability in Health Aid and Domestic Funding**

Sess Adiabouah, A.

Environnement et santé *Environmental Health*

- 15 Les politiques publiques de santé environnementale : Rapport transversal**

Viennot, M. et Arambourou, H.

État de santé *Health Status*

- 16 Healthy Self-Interest? Health Dependent Preferences for Fairer Health Care**

Antonini, M.

- 16 Mortalité des personnes sans chez-soi en 2024 : Dénombrer & Décrire**

Collectif Les Morts de La Rue

- 16 Intergenerational Mobility in Measures of Wellbeing: Consumption, Health and Life Satisfaction**

Davis, J., Deutscher, N. et Mazumder, B.

- 16 La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2024**

Douchet, M.A.

- 17 Mortality Risk Under Occupational and Health Comorbidity: Double Machine Learning Assessment of the Obesity - Diabetes Double Burden**

Essieku, R.

- 17 Santé des femmes. Regards croisés et pistes d'actions**

Fondation de l'Académie de Médecine

- 17 Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : Tendances, changements et défis**

Haut Conseil de la santé publique

- 18 La santé des jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse : Enquête nationale 2023-2024**

Observatoire régional de la santé d'Île-de-France

- 18 WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030**

Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe

- 18 Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024**

Pasquereau, A., Guignard, R. et Andler, R.

- 18 What is More Important for Subjective Longevity Expectations: Perceived Health or Income?**

Smith, K.W.

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 19 Area-Level SES Indices Have Predictive Power at Multiple Geographic Levels**

Maria rossi, F., Chorniy, A. et Weston, B.

Handicap *Disability*

- 19 Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap : Enquête de terrain en Belgique, Suède et Angleterre**

D'Estève de Pradel, A. et Pichetti, S.

- 20 Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : la Belgique**

D'Estève de Pradel, A. et Pichetti, S.

- 20 Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : la Suède**

D'Estève de Pradel, A. et Pichetti, S.

- 21 Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : l'Angleterre**

Pichetti, S. et D'Estève de Pradel, A.

Hôpital Hospital

- 22** **Highly Disaggregated Disclosure and Cost of Capital: Evidence from the Hospital Price Transparency Requirements**
Basu, S., Ji, R. et Wang, W.
- 22** **Dans les établissements de santé en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression**
Boisguerin, B., Marre, M. et Mellot, R.
- 23** **Do hospitals exhibit efficiency differences justifying local price variation? A retrospective study of lengths of stay for renal transplant in NHS England**
Chalkley, M., Jacobs, R. et Castelli, A.
- 23** **Quelle place pour l'hôpital dans un parcours de soins psychiatriques orienté vers le rétablissement ?**
Fondation pour la Recherche sur la Biodiversité

Inégalités de santé Health Inequalities

- 24** **Trends in Health Inequalities among Spanish Retirees**
Belles-Obrero, C., Flores, M. et Garcia-Gomez, P.
- 24** **The Rich Live Longer: A Model of Income and Health Inequalities**
Garcia Sanchez, P. et Pierrard, O.
- 24** **Cancellations of Outpatient Appointments before and during the COVID-19 pandemic in England**
Kasteridis, P., Arabadzhyan, A. et Jacob, N.
- 25** **A Theoretical Framework for Analyzing Inequalities in Health Care**
Matus-Lopez, M. et Gallego-Moron, N.
- 25** **Renouer avec la promesse de la Sécurité sociale de 1945 : pour un accès de tous-tes à la santé et une protection maladie véritablement universelle**
Médecins du Monde
- 25** **Atlas de la pauvreté et des inégalités**
Milhaud Samarina, O., Ribardiere, A. et Deloget, C.

- 26** **Étude ASPIRE (Accès aux soins, Santé et Prostitution) : une recherche participative sur les réalités et les besoins des personnes prostituées et survivantes**
Mouvement du Nid

Médicaments Pharmaceuticals

- 26** **Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2014-2024**
Ben Hmidene, G., Marquet, A. et Piednoir, E.
- 26** **Médicaments dans l'environnement - Mise en œuvre de l'approche stratégique de l'UE : Compilation de recommandations et de bonnes pratiques**
Commission Européenne
- 27** **La délivrance des médicaments à l'unité : une pratique à développer de manière sélective**
Cour des comptes
- 27** **How Do Financial Conditions Affect Professional Conduct? Evidence from Opioid Prescriptions**
Erel, I., Ge, S. et Ma, P.
- 27** **Can Drug Pricing Transparency Reduce Drug Costs?**
Fiore, N.M.

Méthodologie-Statistiques Methodology-Statistics

- 28** **A scoping review on the methods used to investigate serious adverse events in healthcare: Comparing approaches and identifying costs**
Brunton, J. et Lawn, S.
- 28** **Produire les comptes de la santé avec les données du Système national des données de santé – Un exemple de microfondation des comptes au sein de la comptabilité nationale**
Reduron, V.

Politique de santé *Health Policy*

- 29 L'Institut national du cancer**
Cour des comptes
- 29 Rapport au parlement 2025 sur les expérimentations innovantes en santé**
Ministère chargé de la Santé

Politique sociale *Social Policy*

- 29 Sciences comportementales et politiques sociales : bibliographie commentée**
Angotti, M., Laloue, F. et Saintoyant, V.

Politique publique *Public Policy*

- 30 Rapport sur l'état des services publics : Un service public pour tous et toutes, vraiment ? Quand les inégalités face aux services publics dépassent la question territoriale**
Collectif Nos services publics
- 30 Les politiques publiques par la défiscalisation**
Presses de Sciences Po

Prévention *Prevention*

- 31 Government Recommendations and Health Behaviors: Evidence from Breast Cancer Screening Guideline**
Churchill, B.F. et Lawler, E. C.
- 31 Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?**
Haute Autorité de Santé
- 31 Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes : Mission PRIMO. Principaux résultats 2024**
Santé publique France

- 32 Prévention de la résistance aux antibiotiques : une démarche « Une seule santé »**
Opatowski, M., Ben Hmidene, G. et Lefrancois, R.
- 32 Europe's Beating Cancer Plan: Implementation findings**
Parlement Européen

Psychiatrie *Psychiatry*

- 33 Organisation des filières d'urgence des patients à présentation psychiatrique**
Arrouy, L., Benenati, S. et Caplette, C.
- 33 Traité de santé publique : Fondements, organisations, stratégies et enjeux**
Bourdillon, F., Brucker, G. et Tabuteau, D.
- 33 La santé mentale des enfants placés : Connaître, comprendre, soigner**
Bronsard, G. et Bruneau, N.
- 34 La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans)**
Conseil supérieur de la santé
- 34 A Danger to Self and Others: Consequences of Involuntary Hospitalization**
Emanuel, N., Welle, P. et Bolotnyy, V.
- 34 Santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes : un enjeu de société**
Eyriey, H.
- 34 From Numbers to Humanity: The Humanized Systems Index (HSI) for Global Mental Health**
Krstic, M.
- 35 Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins : Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024**
Leon, C., Perrin, L., Gillaizeau, I., et al.
- 35 La psychiatrie à l'heure de la santé mentale**
Gandre, C., Lafont-Rapnouil, S., Coldefy, M., et al.
- 35 Mental Health Promotion and Prevention: Best Practices in Public Health**
Organisation de coopération et de développement économiques

- 35 La santé mentale dans les cités éducatives : une montée en puissance à accompagner**
Saie, M., Sirinelli, L. et Kallenbach, S.

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 36 L'apport de la sociologie des organisations au développement des interventions complexes en santé : concepts, méthodes et illustration par le cas du programme ORANEAT**
Castel, P., Bergeron, H., Crespin, R., et al.
- 36 L'empowerment des patients : La révolution douce en santé**
Fayn, M.G.
- 37 Social Connections and Loneliness in OECD Countries**
Organisation de coopération et de développement économiques

Soins de santé primaires *Primary Health Care*

- 37 Guide de la médiation en santé**
Agence Régionale de Santé Grand Est
- 37 Social Costs of Work Disruptions: Evidence from Physicians and their Patients**
Agha, L., Shenhav, N. et Wagner, M.
- 38 Time Constraints and the Quality of Physician Care**
Alquezar-Yus, M.
- 38 The Great Escape: Physicians Leaving the Public Sector**
Bertoli, P. et Grembi, V.
- 38 Quels effets d'une revalorisation du tarif des consultations médicales sur l'offre de soins**
Chone, P. et Wilner, L.
- 39 Les aides à l'installation des médecins libéraux**
Cour des comptes
- 39 Nurse Practitioner Training and Local Medical Provider Supply**
Gruber, A.F., Van Sandt, A.T. et Loveridge, S.

- 39 La délimitation des territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un prisme d'analyse des enjeux de pouvoir dans la réforme de l'organisation des soins de ville**
Hay, E.

- 40 Les communautés professionnelles territoriales de santé**
Imbert, C. et Jomier, B.
- 40 Public Payment Mandates and Provider Supply**
Packham, A. et Slusky, D.
- 40 Evaluation des gouvernances des CPTS : Grand Est**
URPS Médecins Libéraux Grand Est

Systèmes de santé *Health Systems*

- 41 Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 41 Multi-Dimensional Scaling of Healthcare System Profiles and Pandemic Outcomes in Cuba, Spain, Italy, and Germany**
Orlando, G.

Travail et santé *Occupational Health*

- 42 Analyse des conditions de travail des agents du nettoyage et de leurs impacts sur leur santé : Avis de l'Anse**
Agence nationale de sécurité sanitaire
- 42 La reconnaissance des maladies professionnelles**
Cour des comptes
- 42 Huit agents de la fonction publique sur dix se déclarent en « bonne » santé : Le bien-être psychologique des agents de la fonction publique en 2023**
Caruso, A. et Sterchele, C.

42 État de santé des actifs du monde agricole et des indépendants en 2022 et évolution de l'activité professionnelle par rapport à avant la pandémie de Covid-19

Marchand, J.L. et Geoffroy-Pérez, B.

43 Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway

Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe

43 Santé mentale au travail : les entreprises françaises n'ont plus le choix de l'attentisme

Richer, M. et Mahe, D.

43 Labor Supply Responses to Acute and Chronic Health Shocks among Rural Residents

Xia, X. et An, D.

46 Propositions du Conseil de l'âge pour un plan de lutte contre l'âgisme

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

46 Unpaid care in the EU

Nivakoski, S. et Baggio, M.

46 The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care

Organisation de coopération et de développement économiques

46 L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Pichetti, S., Perronnin, M. et Penneau A.

47 Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2023

Schweitzer, C.

47 Les déterminants de la coordination et de la coopération dans le champ de la prise en charge du grand âge en France. Revue de la littérature

Stahl, E.

47 Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur : Mise à jour 2024 du modèle conceptuel du vieillissement en santé

Tourigny, A., Gervais, M.J. et Maltais, M.

48 Recueil statistique – Édition 2025

Vauvray, L. et Hureau, P.

48 Ageing and Health Care Expenditure Growth

Westerhout, E.

Vieillesse Ageing

44 Impact de la réforme des retraites de 2010 sur l'équilibre financier de l'assurance chômage

Aubert, P., Bozio, A. et Pedrono, M.

44 Caring Connections in Italy: The Role of Immigrant Caregivers in Improving the Welfare of Elders and Reducing Public Health Costs

Capretti, L., Kopinska, J.A. et Dasi Mariani, R.

44 Évaluation de la transformation organisationnelle de services autonomie à domicile en équipes locales et autonomes

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

45 Guide thématique et méthodologique : Construire une politique publique de lutte contre l'isolement des personnes âgées

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

45 Femmes et retraite : le long chemin vers l'autonomie financière

Le Cercle de l'Épargne

45 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050

Dufeutrelle, J., Pucher, O. et Louvel, A.

45 The Impact of Macroeconomic Conditions on Long-Term Care: Evidence on Prices

Geyer, J., Haan, P. et Teschner, M.

Assurance maladie

Health Insurance

► **Rapport annuel 2024 de l'Assurance maladie - Risques professionnels : Éléments statistiques et financiers**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2025

Paris, C.N.A.M.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels>

Ce rapport annuel présente les chiffres de la sinistralité pour les risques accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles, ainsi que les éléments d'équilibre financier de la branche et les prestations versées pour l'année 2024.

► **Are low-income individuals willing to pay more to remain insured? Evidence from France**

CARRE, B. ET GAYET, C.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5731223

This paper investigates the effect of a French benefit regulation policy on the enrollee's health insurance choices. Using a quasi-experimental design, we estimate the probability of renewing participation in a means-tested subsidized complementary health insurance (CHI) program following an increase in plan generosity. Enrollees face positive or negative premium variations depending on their age and past plan choices. While recent theoretical work suggests a negative expected impact of benefit regulation policies on insurance enrollment, empirical evidence remains limited. Our results reveal that healthier enrollees are less likely to remain in the program when their post-reform premiums increase. In contrast, sicker individuals are more likely to renew their participation regardless of premium changes.

► **Avis du Comité d'alerte n°2025-4 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**

COMITÉ D'ALERTE DE L'ONDAM
2025

Paris, Comité d'alerte de l'Ondam

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

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

► **Implications of Universal Healthcare in the US: An Economic and Comparative Analysis**

KARTHIK, K.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5430118

This paper evaluates the economic, equity, and system-performance implications of adopting universal healthcare in the United States through a qualitative comparative analysis, drawing on 20+ peer-reviewed studies and government reports. Using thematic coding across access, financing, inequality, and reform, it contrasts the U.S.'s high expenditures and mixed outcomes with Sweden's publicly financed universal model. Evidence shows U.S. per-capita spending substantially exceeds Sweden's while yielding lower life expectancy and persistent access gaps, driven by fragmented financing, high private out-of-pocket costs, and administrative inefficiency. Universal coverage, financed progressively, is projected to lower aggregate costs via reduced administrative overhead and expanded preventive care, while narrowing disparities affecting low-income and minoritized popula-

tions. Common objections-longer wait times and higher taxes-are assessed against international data indicating that progressive tax financing can replace higher private premiums and cost-sharing, with net gains in efficiency and equity. The analysis concludes that a U.S. transition to universal coverage would likely improve health outcomes per dollar spent, reduce inequities, and enhance system efficiency, provided implementation emphasizes inclusive design, transparency, and strong primary-care and prevention investments.

► **Balancing Patient Affordability and Insurer Costs: Evidence from State-Level Copay Accumulator Bans**

MOON, J.W., ZHAO, H. ET LU, S.F.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5547698

The emerging trend of state-enacted copay accumulator bans, which aim to undo the insurers' restrictions on branded drug manufacturers' copay assistance to patients, represents the latest development in a decadelong cat-and-mouse payment game in the pharmaceutical industry. Using a unique dataset spanning from 2018 to 2022 and leveraging variations from earlier-enacted state-level ban policies, we adopt a staggered difference-in-differences framework to examine the impact of the accumulator ban. Our results indicate that the ban increases the average patient's annual purchase quantity by 40.0% and lowers the average out-of-pocket spending per quantity by 18.2%, suggesting improved patient adherence and affordability. These gains are achieved through the shift of financial risks from patients to insurers, as indicated by a 15.6% increase in the average insurer's spending per quantity. On the other hand, the ban is not found to increase the overall volume of patients on copay-assisted treatments, suggesting possibly unimproved access. Further analyses reveal that while the ban does not seem to induce unwanted uptakes among drugs with generic equivalents, it reduces access for biologics-drugs for patients with rare, chronic or severe conditions requiring specialty medications. Collectively, our results show that while the ban improves patient adherence and affordability, higher insurer costs may trigger responses that potentially reduce access for those requiring specialty medications, highlighting efficiency-equity tradeoffs in the payment design.

► **The denationalisation of healthcare: How to replace the NHS with a social health insurance model**

NIEMIETZ, K.

2024

Leipnitz, Z.B.W. (IEA Discussion Paper 128)

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/314028/1/iea-dp128.pdf>

Until very recently, Britain's National Health Service used to be beyond argument. The reverence for the health service often precluded anything resembling a rational discussion around it: the social taboos were simply too strong. Yet over the past two years or so, this has begun to change. We can now quite regularly find articles in the mainstream media which openly criticise the NHS, and point to better alternatives. In particular, advocacy of Social Health Insurance (SHI) systems has become part of the mainstream debate. SHI systems are market-based, competitive and largely non-state systems, in which the role of the state is not to run healthcare facilities, but to insure universal access. In terms of clinical outcomes, these systems tend to outperform the NHS, and they have done so for as long as we have data. This is not simply the result of better funding. While examples of a wholesale switch from an NHS-type system to an SHI-type system are rare, they do exist. The Czech Republic and Slovakia did precisely that over the course of the 1990s, and eastern Germany did so in the early 1990s as part of the Reunification process. The example of the Netherlands is also instructive. They never had a national health service, but until the mid-2000s, they had a system which, while notionally private, was very NHS-like in practice. Since then, they have replaced that system with a competitive, market-based, private SHI system. None of these examples are easily transferable to the UK, but what they do show is that a transition from one healthcare system to another need not be especially disruptive. It can be done in an orderly fashion, and it has been successfully done.

Démographie

Demography

► **France, portrait social. Edition 2025**

KASHI, C., LE GOUGUEC, A. ET RAYNAUD, E.
2025

Montrouge, Insee (Insee Références)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8612596>

Cet ouvrage rassemble trois analyses des hauts et très hauts revenus et patrimoines en France. Par ailleurs, deux dossiers abordent le thème des conditions de travail. Enfin, une quarantaine de fiches synthétiques dressent le panorama social de la France.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Artificial Intelligence Use and Anxiety Among American Teenagers**

CARTER, A.J. ET GRACE, N.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5467986

The rapid diffusion of generative artificial intelligence (AI) into educational and social settings has created new opportunities for learning as well as new concerns about adolescent mental health. This paper investigates the association between AI use and anxiety among American high school students. We first synthesize recent evidence regarding adolescents' AI adoption, risks (e.g., deepfakes, academic pressures), and mental health trends. We then analyze a survey dataset (N = 50) modeled to reflect plausible patterns reported in recent surveys. Outcomes are measured with the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7). Descriptively, the sample exhibits a broad distribution of anxiety symptoms. Correlational analyses indicate a modest positive association between daily AI use (minutes) and anxiety, with elevated anxiety among youth who report using AI companions and exposure to AI-enabled bullying, and lower anxiety among youth who primarily use AI for homework. A conceptual framework highlights potential mediators (sleep, cyberbullying, academic stress) linking AI use to anxiety.

► **La protection des données personnelles. Fondamentaux – Nouveaux défis – Cas d'usages**

DESGENS-PASANAU, G.
2025

Paris, LexisNexis

À l'heure où l'intelligence artificielle, le cloud et les cybermenaces redéfinissent les règles du jeu, ce livre vous donne les clés essentielles pour piloter votre conformité au RGPD en toute sérénité. Organisée autour de trois grands thèmes :– les fondamentaux (concepts-clé, obligations des responsables de traitement et des sous-traitants, documentation de la conformité, droits des personnes fichées, délégué à la protection des données (DPO), risques de non-conformité, acteurs de la régulation); les nouveaux défis (cybersécurité, IA, hébergement cloud, réutilisation des données privées ou en open data, anonymisation et pseudonymisation, certification, assurance du risque cyber); les cas d'usages (gestion RH et contrôle d'activité des salariés, gestion clients et prospection commerciale, tracking sur internet, réseaux sociaux, e-santé, associations, collectivités locales, open data et IA judiciaire, dimension internationale).

► **Intelligence artificielle et responsabilité médicale. Quels enjeux ?**

LECOMTE, D. ET ROQUES-LATRILLE, C.
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/intelligence-artificielle-et-responsabilite-medicale-quels-enjeux/>

L'intelligence artificielle (IA) révolutionne le domaine médical, offrant des avancées indéniables pour le diagnostic, le traitement et le suivi du patient. L'exercice professionnel est très encadré, pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Ce rapport présente les conséquences de l'utilisation de l'IA par les médecins sur leur responsabilité. De nouvelles obligations naissent de la législation française : code de la santé publique, code de déontologie médicale, loi « informatique et libertés » (1978), loi relative à la bioéthique du 3 août 2021, auxquels s'ajoutent la transposition en droit français de la réglementation de l'Union européenne (UE), notamment, le « Règlement général de protection des données » (RGPD, 2018), le règlement européen sur l'IA (RIA) (« EU AI ACT ») adopté le 13/6/2024 par le parlement européen. Ce dernier texte met l'accent sur les obligations respectives et le partage éventuel de responsabilité entre le « fournisseur » du dispositif utilisant l'IA (développeur, concepteur, fabricant, ...) et le « déployeur », qui est le professionnel de santé face à la « personne affectée » (le patient) mettant en cause les conséquences de l'utilisation de l'IA. L'information délivrée par le médecin à son patient et la relation qui se noue entre eux dans le cadre de l'utilisation de ces nouvelles technologies est la pièce maîtresse de la responsabilité médicale (article L-4001-3 du CSP). Aucune décision de justice concernant l'utilisation de l'IA dans le domaine médical n'existe à ce jour (juri-

dictions judiciaires, administratives, disciplinaires, ou commission de règlement amiable). Toutefois la mise en application, en cours, de la réglementation européenne comme française, conduira sans aucun doute à faire évoluer la législation. Le RIA entrera complètement en vigueur le 2 août 2027.

► **Stratégie intelligence artificielle et données de santé 2025 -2028**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/4eme-journee-nationale-de-l-innovation-en-sante-numerique-territoires-et-sante>

Le ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées lance le deuxième volet de la stratégie nationale « Intelligence artificielle et données de santé » : Transformer et améliorer notre système de santé avec l'IA. Cette stratégie, fruit d'une concertation réunissant plus de 70 acteurs et enrichie par 90 contributions publiques, vise à structurer et encadrer les usages de l'IA en santé autour de trois objectifs majeurs : Déployer des IA de confiance, utiles à la qualité des soins ; Garantir un modèle économique durable pour les solutions à fort impact collectif ; Anticiper les effets organisationnels, éthiques et humains.

Économie de la santé

Health Economics

► **Développements et tendances en Sécurité sociale – Monde 2025**

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

Genève, A.I.S.S.

<https://www.issa.int/html/developments-trends-Global2025/fr/index.html>

The 2023–2025 triennium has made clear that social security systems increasingly will have to address multiple, concurrent and compounding challenges in a highly complex environment. In the wake of the

COVID-19 pandemic, the world has continued to face unrelenting turbulence – a “polycrisis” of economic, environmental and geopolitical developments, framed by a backdrop of demographic pressures and rapid technological changes that are profoundly reshaping labour (and capital) markets and family structures all around the world.

► **What money shouldn't buy? Measuring aversion to monetary incentives for health behaviors**

CAMPOS-MERCADE, P., MEIER, A.N. ET SCHNEIDER, F.H.

2025

Department of Economic Working Paper 478. Zurich, University of Zurich University of Zurich.

<https://ideas.repec.org/p/zur/econwp/478.html>

We study attitudes toward offering monetary payments for vaccination. We develop the Policy Lab, an experimental paradigm to characterize policy preferences in which participants decide whether to implement actual interventions to influence others' real-world behavior. In two studies with representative samples of the Swedish population (N=2, 010) and one with Swedish policymakers (N=2, 008), participants decide whether to provide others (N=1, 529) with monetary incentives for vaccination. A majority of participants oppose using monetary incentives. Despite the widespread perception that such incentives are an effective policy instrument, which is supported in our data, opposition to their use is driven by perceptions that they are coercive and unethical. Policymakers exhibit, if anything, greater opposition to the use of monetary incentives. We also document that opposition to incentives extends beyond vaccination to other health domains. Our study provides evidence that the public opposes policies that they correctly perceive as effective, potentially creating barriers to their adoption. We further introduce a novel method to elicit policy preferences, widely applicable whenever researchers conduct randomized trials.

► **Petit éloge de la Sécu**

DAMON, J.

2025

Paris, Presses de Sciences Po

Portrait d'une institution devenue aussi complexe qu'essentielle, son histoire, ses principes, ses forces et faiblesses : la Sécurité sociale. La Sécurité sociale fête, en 2025, ses 80 ans. L'occasion ne saurait être manquée pour tenter d'éclairer ceux qui le souhaitent sur un ensemble de mécanismes qui concernent absolument tout le monde. Car tout le monde, à un moment ou un autre, perçoit (de la crèche à l'Ehpad, du remboursement d'Assurance maladie à la pension de retraite). Et tout le monde, tout le temps, contribue (par des cotisations, mais aussi de l'impôt, de la CSG

et même de la TVA). Que trouvera-t-on dans cet essai ? Le portrait d'une institution devenue aussi complexe qu'essentielle, son histoire, ses principes, ses forces et faiblesses. Une synthèse des critiques que la pensée libérale élabore contre un tel aménagement et contre la protection sociale obligatoire en général. Une comparaison inattendue avec son aînée de dix ans : la Sécurité sociale des États-Unis. Et un coup de chapeau (4è de couv.).

► **Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2024, Prévisions 2025 et 2026**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

Le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) d'octobre 2025 présente les résultats définitifs pour 2024 et les prévisions pour 2025 et 2026. Le rapport indique que l'évolution du déficit des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est inversée en 2024. Au lieu de continuer à diminuer, comme il l'avait fait entre 2021 et 2023, le déficit a fortement augmenté, atteignant 15,3 Md€ en 2024. En 2025, il dépasserait la prévision de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (23 Md€ contre 22,1 Md€) en raison de moindres recettes fiscales (plus spécifiquement de la TVA) et ce malgré des dépenses moins élevées que prévu. En 2025, les branches autonomie et AT/MP deviendraient également déficitaires. En 2026, avant les mesures de la loi de financement, le déficit atteindrait 28,7 Md€. La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

► **La situation financière de la Sécurité sociale**

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-financiere-de-la-securite-sociale-0>

À l'occasion de l'examen parlementaire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, et à la demande de la commission des affaires

sociales de l'Assemblée nationale, la Cour a conduit une analyse sur les enjeux financiers liés à la Sécurité sociale, qui actualise celle présentée en mai dernier dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (Ralfss). La communication porte sur la situation des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Elle ne couvre pas l'assurance chômage ni les régimes complémentaires de retraite. Une fois encore, la Cour souligne le caractère préoccupant de la situation financière de la Sécurité sociale. Le déficit s'est fortement dégradé en 2025 et il aura doublé en deux ans. Dans le cadre du PLFSS de 2026 déposé à l'Assemblée nationale le 14 octobre 2025 et rectifié le 23 octobre, un effort important est prévu pour réduire le déficit, qui devra être confirmé dans le texte qu'il revient au Parlement de voter. Le redressement envisagé est cependant exposé à de fortes incertitudes. Enfin, d'ici à 2029, la trajectoire financière de la Sécurité sociale ne se redresse pas et l'accumulation de déficits conduit à la reconstitution d'une nouvelle dette sociale, de plus de 100 Md€ d'ici à 2029. L'accroissement du besoin de financement de l'Acoss, qui en est la conséquence, crée un risque sérieux de liquidité dans les années qui viennent. Une telle situation n'est pas soutenable dans la durée. Elle oblige à définir une trajectoire crédible de retour vers l'équilibre, condition préalable à une reprise de dette sociale par la Cades.

► **Rapport d'information sur les évolutions envisageables du financement de la protection sociale fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales**

DOINEAU, E. ET PONCET MONGE, R.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/commissions/commission-des-affaires-sociales/contrôle-en-clair/mecss-le-financement-de-la-securite-sociale.html>

Le déficit de la Sécurité sociale pourrait atteindre de 1,5 à plus de 3 points de PIB en 2040, si les dépenses d'Assurance maladie filaient. La situation pourrait être encore plus dégradée en 2070. Ce rapport présente les principales mesures envisageables et synthétise en annexe les principaux chiffres disponibles. Il se limite au champ de la Sécurité sociale et des organismes concourant à son financement – Cades et Fonds

de réserve des retraites (FRR). Les régimes complémentaires de retraite, l'assurance chômage, les complémentaires santé et la plupart des minima sociaux ne sont pas abordés.

► **Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2025

Paris, H.C.A.A.M.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-du-hcaam-les-depassements-d-honoraires-des-medecins-etat-des-lieux.html>

Les dépassements d'honoraires sont le supplément de prix par rapport au tarif conventionnel facturé au patient par un médecin dans le cadre d'une activité libérale. Ce supplément est financé directement par le patient et son éventuelle Assurance maladie complémentaire (AMC) et non par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Ce rapport présente, 45 ans après la création du secteur 2, un état des lieux des dépassements d'honoraires réalisés par les médecins libéraux en ville, en cliniques privées ou encore dans le cadre de l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public. Il vise à éclairer les enjeux que pose la dynamique des dépassements d'honoraires sur la maîtrise des dépenses de santé, la rémunération des médecins, et l'accès aux soins des patients. Il est complété par les 6 annexes suivantes : 1/ Analyse des mécanismes juridiques applicables aux dépassements d'honoraires médicaux; L'évolution de l'installation et des pratiques en secteur 2; 3-Note sur la complémentaire santé solidaire; 4 - Note sur le reste à charge et la prise en charge des dépassements par les complémentaires santé; 5- Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes (IRDES); 6 -Les dépassements d'honoraires : pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients (IRDES).

► **Increasing price transparency in the Dutch healthcare market does not affect provider choice**

HUSIATYNSKI, M., KLEIN, T.J. ET MIKKERS, M.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5707575



Abstract Price transparency is often viewed as an effective way to encourage price shopping and thereby lower healthcare expenditure. We use individual claims data to estimate the short-run effect of unexpected publication of prices by a major Dutch health insurer on spending and provider choice. The media reported prominently on potential savings and visits to websites providing information on prices initially increased. Another major insurer had negotiated different prices and did not publish them, so its patients serve as the control group in a difference-in-differences analysis. We first perform a case study of 6 frequent, non-emergency dermatological procedures. We find that spending, the likelihood to visit a new provider, and the distance traveled to the chosen provider remained unaffected. Next, we analyze a broader set of 675 procedures. We estimate the effect for each procedure and then perform a Bayesian meta-analysis to summarize the results. Again, we find that there is no effect of price transparency on spending. We provide an explanation for this and make a suggestion for a policy change that would make it more likely that patients choose cheaper providers.

► **The Health Financing Volatility (HFV) Index: A Framework for Measuring Instability in Health Aid and Domestic Funding**

SESS ADIABOUAH, A.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5616511

This note introduces the Health Financing Volatility (HFV) Index, a methodological framework for quantifying short-term instability in health-financing flows. The HFV Index adapts the volatility concept of Bulir & Hamann (2008) to the health sector by combining Hodrick-Prescott (HP) filter residuals with a rolling three-year standard deviation. The framework can be applied to different components of health financing external, domestic, or total yielding respectively the External Health Financing Volatility (EHFV), Domestic Health Financing Volatility (DHFV), and Total Health Financing Volatility (THFV) indices. An illustrative application to Senegal and Mali (2000-2022) demonstrates how volatility patterns differ between two West-African fiscal contexts. The HFV Index provides a simple, scale-independent tool for assessing instability in health financing, strengthening fiscal coordination, and supporting progress toward Universal Health Coverage (UHC).

Environnement et santé

Environmental Health

► **Les politiques publiques de santé environnementale : Rapport transversal**

VIENNOT, M. ET ARAMBOUROU, H.

2025

Paris, Haut-Commissariat à la stratégie et au Plan

<https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/les-politiques-publiques-de-sante-environnementale>

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'exposition à des facteurs environnementaux dans les pays développés causerait autant de décès que le tabac. Longtemps marginalisée, la santé environnementale s'impose aujourd'hui comme un enjeu central des politiques publiques, à la croisée de la santé publique, de

l'environnement, de la justice sociale et de l'économie. À partir de l'étude de quatre sources de pollutions majeures – les pesticides, les PFAS ou « polluants éternels », le bruit et les particules fines – le Haut-commissariat à la Stratégie et au Plan présente, dans un vaste rapport, des propositions visant à renforcer la gouvernance, la connaissance, l'expertise et la réduction des risques, pour mieux protéger la santé publique.

Health Status

► Healthy Self-Interest? Health Dependent Preferences for Fairer Health Care

ANTONINI, M.

2025

IZA Discussion Paper, 18255. Bonn, I.Z.A.

<https://docs.iza.org/dp18255.pdf>

Health status can alter individuals' social preferences, and specifically individuals' preferences regarding fairness in the access to and financing of health care. We draw on a dataset of 73,452 individuals across 22 countries and a novel instrumental variable strategy that exploits variation in health status resulting from cross-country exposure to the national childhood Bacillus Calmette–Guérin (BCG) vaccination schedules. We document causal evidence consistent with the unhealthy self-interest hypothesis, which indicates that better health increases preferences for a fairer health care system. We estimate that a one-unit increase in self-reported health increases support for fair health care access by 11% and the willingness to support fair financing by 8%. Our findings suggest that improving population health, they may give rise to stronger support for interventions to improve equitable health system access and financing.

► Mortalité des personnes sans chez-soi en 2024 : Dénumbrer & Décrire

COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

2025

Paris, Collectif Les morts de la rue

<https://mortsdelarue.org/publication-du-13e1%b5%89-rapport-denommer-decrire-octobre-2025/>

L'objectif principal de ce 13^{ème} rapport annuel est de présenter les résultats de la surveillance de la mortalité des personnes sans chez-soi réalisés par le Collectif Les Morts de la Rue depuis la première édition relative aux décès recensés en 2012. Ce rapport s'attache notamment à dénumbrer les décès en 2024, mais aussi à les décrire en collectant des données caractérisant le parcours de vie de ces personnes et les conditions de leur mort et les comparer, d'une part, à ceux survenus au cours de la période 2012-2023 et d'autre part à ceux de la population générale. Enfin, le rapport aborde deux focus : une comparaison des décès recensés en

zone urbaine et rurale, ainsi qu'un focus sur les sources d'informations des décès.

► Intergenerational Mobility in Measures of Wellbeing: Consumption, Health and Life Satisfaction

DAVIS, J., DEUTSCHER, N. ET MAZUMDER, B.

2025

NBER Working Paper 34407. Cambridge, N.B.E.R.

<https://www.nber.org/papers/w34407>

Studies of intergenerational mobility have begun to expand outside of the traditional outcomes such as income, education and occupation, into using alternative measures of wellbeing. In this chapter we survey the evidence on studies of these alternative measures with a focus on health, consumption and life satisfaction. We also incorporate lessons from the income mobility literature that may be relevant for how we think about these alternative measures both conceptually and empirically. We highlight a few approaches that researchers can consider to incorporate alternative measures and we conclude that a widening of our conception of intergenerational mobility to incorporate measures of wellbeing may identify shortfalls in some of our current approaches.

► La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2024

DOUCHET, M.A.

2025

Paris, O.F.D.T.

<https://www.ofdt.fr/actualite/la-consommation-d-alcool-et-ses-consequences-en-france-en-2024-2626>

Le bilan annuel de l'OFDT donne une vue synthétique de l'offre de boissons alcoolisées, des usages et conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool en France pour l'année 2024. Les volumes d'alcool pur (AP) mis en vente ont de nouveau diminué en 2024 (– 5,8 % par rapport à 2023), s'établissant désormais à 9,75 litres d'AP par habitant. En 2024, plus de la moitié des boissons alcoolisées vendues sont des vins (52 %), loin devant les bières et les spiritueux. Selon l'enquête European School Survey on Alcohol and other Drugs

(ESPAD) 2024 de l'OFDT, les usages d'alcool chez les jeunes français de 16 ans sont en recul et désormais en dessous de la moyenne européenne.

► **Mortality Risk Under Occupational and Health Comorbidity: Double Machine Learning Assessment of the Obesity - Diabetes Double Burden**

ESSIEKU, R.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5453014

This paper estimates the impact of type 2 diabetes on mortality among obese adults in the United States, addressing a key gap in the economics of chronic illness. Leveraging nationally representative data from the National Health Interview Survey (NHIS) linked to mortality records, we apply double machine learning to estimate the marginal impact of diabetes conditional on obesity. Results indicate that among obese individuals, diabetes increases the probability of all-cause mortality. Subgroup analyses show that this risk is especially pronounced among males, adults aged 60 to 74, individuals with hypertension, and those employed in physically demanding or public-sector occupations. A policy-relevant calculation suggests that for every 29 obese adults who avoid or delay the onset of diabetes, one premature death could be prevented. A random forest algorithm analysis highlights insurance status, educational attainment, and poverty level as dominant predictors of mortality risk, reinforcing the importance of social and economic context in shaping health outcomes.

► **Santé des femmes. Regards croisés et pistes d'actions**

FONDATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

2025

Paris, Fondation de l'Académie de Médecine

<https://www.codeps13.org/documentation/nouveaute-cote-doc/sante-des-femmes-regards-croises-et-pistes-dactions>

Ce document dresse un état des lieux complet de la santé des femmes, en croisant les approches biologiques, sociales, psychologiques et professionnelles. Il met en lumière de nombreuses inégalités persistantes : des retards de diagnostic, une moindre prise en compte des douleurs, un manque de recherche spécifique, ou encore les impacts du travail, du stress

et des violences sur la santé. Le livre blanc formule 114 recommandations pour améliorer la santé et le bien-être des femmes à tous les âges de la vie. Parmi les grandes orientations proposées : Reconnaître les spécificités féminines dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge (endométriose, ménopause, infarctus, santé mentale, douleurs chroniques). Intégrer le facteur sexe et genre dans la recherche biomédicale, les essais cliniques et les politiques publiques. Renforcer l'accès aux soins pour toutes les femmes, en particulier celles en situation de précarité, de handicap ou victimes de violences. Promouvoir l'éducation à la santé dès l'adolescence (contraception, sexualité, santé mentale, équilibre de vie). Améliorer la santé au travail : prévention des risques professionnels, accompagnement pendant la maternité, lutte contre le sexisme et les discriminations.

► **Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : Tendances, changements et défis**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2025

Paris, HCSP (Avis et rapports)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1459>

Au cours des 30 dernières années, la santé physique et mentale des adolescents n'a cessé de se dégrader, reflétant une moins bonne condition physique, un sommeil réduit, une sédentarité accrue (principalement due à l'utilisation des écrans) et une alimentation de plus en plus dominée par les aliments ultra-transformés et la restauration rapide. Cette tendance est influencée par des facteurs plus vastes tels que les crises sanitaires, sociales et politiques répétées, le changement climatique, et est amplifiée par les inégalités sociales et régionales. Les politiques de santé ont souvent peiné à anticiper ou à répondre aux besoins spécifiques des adolescents. Pourtant, des signes encourageants apparaissent : les décès par accident et par suicide ont diminué, le tabagisme, la consommation de drogues et les grossesses précoces ont diminué, tandis que la pratique sportive et l'engagement des jeunes sur les questions climatiques ont augmenté. Pour inverser les tendances négatives en matière de santé et prévenir l'apparition précoce de maladies chroniques, une stratégie centrée sur les adolescents est urgente, conçue avec les jeunes eux-mêmes et qui s'articule avec les politiques de santé infantile. Cette stratégie doit être holistique et intersectorielle, prenant en compte l'ensemble du

rythme de vie quotidien des adolescents et créer des environnements favorables à leur bien-être, avec les écoles, les familles, les activités de loisirs et surtout les adolescents eux-mêmes activement impliqués.

► **La santé des jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse : Enquête nationale 2023-2024**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE
2025

Paris, O.R.S. Ile-de-France

<https://www.justice.gouv.fr/documentation/ressources/étude-sante-jeunes-suivis-protection-judiciaire-jeunesse>

La Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a coordonné une étude nationale sur la santé des jeunes suivis par ses services. Cette étude apporte des données et analyses sur l'état de santé des jeunes, sur leurs comportements en matière de santé et sur leurs conduites à risque. Les jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) représentent une population particulièrement vulnérable, tant sur le plan de la santé somatique que psychologique. Or la dernière étude nationale sur le sujet date de plus de 20 ans.

► **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL POUR L'EUROPE
2025

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

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276>

This report presents WHO estimates of tobacco use prevalence among the population aged 15 years and older from 2000–2024, with trends projected to 2030. Estimates are at global, regional and country levels. Progress in reducing tobacco use is a key indicator for measuring countries' efforts to implement the WHO Framework Convention on Tobacco Control. The estimates are updated every two years and reported to the UN Statistical Division as WHO's official estimates of Sustainable Development Goals indicator 3.a.1. This indicator is also used to report progress also towards the tobacco use reduction target under the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 and towards the WHO's Fourteenth Global Programme of Work. In

addition, the report presents a global summary of use of different tobacco products and e-cigarettes by children aged 13–15 years from recent national school-based surveys.

► **Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024**

PASQUEREAU, A., GUIGNARD, R. ET ANDLER, R.
2025

Saint-Maurice, Santé Publique France (Études et enquêtes)

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/tabagisme-usage-envie-d-arreter-et-tentatives-d-arret-barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>

En 2024, 24,0 % des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent fumer du tabac, 17,4 % quotidiennement. Le tabagisme et le tabagisme quotidien sont en nette baisse par rapport à 2021. Parmi les 18-75 ans en France hexagonale en 2024 (population comparable aux éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France), 25 % déclarent fumer (32 % en 2021), 18 % quotidiennement (25 % en 2021). Ces baisses s'inscrivent dans une tendance initiée en 2016. Les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées : la proportion de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée parmi les populations les plus défavorisées, elle est par exemple 2,1 fois plus élevée parmi les ouvriers que parmi les cadres (25,1 % vs 11,8 %).

► **What is More Important for Subjective Longevity Expectations: Perceived Health or Income?**

SMITH, K.W.
2025

NBER Working Paper 34347 Cambridge, N.B.E.R.

<https://www.nber.org/papers/w34347>

This research considers the role of income for subjective longevity assessments. The analysis uses the 2022 Survey of Consumer Finances. The findings indicate that treating subjective health and longevity assessments as jointly determined is important to understanding the role of income for both judgments. Income has a positive effect on health judgments and does not have a statistically significant effect on subjective longev-

ity when health is rated as excellent or good. Surveys framing the longevity question in direct or probabilistic

terms may have complementary roles in estimating subjective longevity.

Geography of Health

► Area-Level SES Indices Have Predictive Power at Multiple Geographic Levels

MARIA ROSSI, F., CHORNIY, A. ET WESTON, B.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5703785

Introduction. Many researchers want to control for area-level socio-economic status (area-SES) when studying health outcomes. However, the issue of preferred geographic level remains controversial. The developers of the Area Deprivation Index (ADI) claim that ADI is valid only at Census-block-group level. In contrast, two other popular indices, the CDC Social Vulnerability Index (SVI), and the Graham Social Deprivation Index (SDI), are published at Census tract, zip-code-tabulation area (ZCTA) and county levels. Objectives. To assess the relative predictive power of a number of area-SES indices at different geographic levels, for 30-day readmission rates for Medicare fee-for-service beneficiaries

—the outcome that the ADI developers use to support their preference for block-group level in Buckingham et al. (2024). Methods. We study predictive power of ADI (constructed, as the ADI developers do, using non-standardized elements, ADInon-std), SDI, SVI, an ADI version built using standardized elements (ADISTd), and area percent in poverty (area-Poverty), for 30-day readmission rates, with and without controls for patient demographics and comorbidities, at block-group, tract, ZCTA (mapped to 5-digit-zip-code) and county level. Results. All studied area-SES measures predict 30-day readmission rates at all geographic levels, with and without controlling for patient covariates. Predictive power is similar across indices and geographic levels. Conclusion. Our findings are consistent with there being no general basis to prefer block-group area-SES measures over measures at broader levels, as predictors of health outcomes. We find only modest differences in predictive power across block-group, tract, and zip-code levels.

Disability

► Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap : Enquête de terrain en Belgique, Suède et Angleterre

D'ESTÈVE DE PRADEL, A. ET PICHETTI, S.
2025

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 598)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/598-comparaison-europeenne-et-evolution-dans-le-financement-des-aides-techniques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap.pdf>

La réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, qui place l'Assurance maladie en position de financeur unique, entre en vigueur le 1^{er} décembre 2025. Elle remplace un système de financement jugé complexe pour les fauteuils roulants les plus coûteux qui imposait jusqu'ici de mobiliser plusieurs financeurs. A cette occasion, l'Irdes publie une étude comparative qui situe la France dans un panorama européen des dépenses publiques consacrées aux aides techniques – fauteuils roulants, aides auditives et aides visuelles – et des restes à charge supportés par les usagers. Cette

Handicap

étude permet aussi de décrire les récentes évolutions des politiques de financement en Angleterre, en Belgique et en Suède, qui font l'objet de trois monographies détaillées. Avant la réforme française de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, la Belgique solvabilise toujours mieux que la France avec ses financements légaux, quelle que soit la catégorie étudiée. Cette meilleure solvabilisation repose sur des forfaits de remboursement plus élevés qu'en France et annuellement révisés pour tenir compte de l'inflation. Le système belge présente l'avantage de la simplicité, car un seul financeur est mobilisé, même si des restes à charge élevés peuvent persister pour certains fauteuils. La comparaison montre aussi que le panier 100% santé audiology français est plus diversifié que celui pris en charge par les régions suédoises et le système public anglais. Si tous les pays font le choix d'une solvabilisation des aides auditives par la solidarité nationale, le périmètre du 100% santé français repose sur le financement par les assureurs privés. La France et la Belgique, où les aides visuelles sont distribuées sur des marchés privés, offrent des forfaits élevés qui suppriment les restes à charge. En Suède, les appels d'offres régionaux du système public, appliqués à de faibles volumes, n'aboutissent pas à des prix plus bas que sur les marchés privés.

► **Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : la Belgique**

D'ESTÈVE DE PRADEL, A. ET PICHETTI, S.
2025

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 600)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/600-comparaison-europeenne-et-evolution-dans-le-financement-des-aides-techniques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-belgique.pdf>

Dans la période qui précède la mise en place de la réforme française de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, la Belgique solvabilise toujours mieux que la France, quelle que soit la catégorie étudiée. Cette meilleure solvabilisation repose sur des forfaits de remboursement plus élevés qu'en France et annuellement révisés pour tenir compte de l'inflation. Le système belge de financement des fauteuils roulants présente l'avantage de la simplicité car un seul financeur est mobilisé même si des restes à charge élevés peuvent persister pour

certaines fauteuils roulants. Toutefois, la régionalisation des politiques de financement en Belgique conduit à une différenciation des offres disponibles, ainsi que des financements, qui pose des problèmes d'équité entre les usagers selon leur localisation géographique : la Flandre a profité de la réforme de 2019 pour réduire la liste des fauteuils roulants éligibles à un financement public et augmenter les délais de renouvellement pour les usagers, dans une optique de réduction des dépenses. La distribution des aides auditives est réalisée en Belgique sur un marché privé, gage d'une offre très étendue. La Belgique fixe uniquement des montants de remboursement pour les aides auditives inscrites sur une liste positive nationale. Ces montants de remboursement, forfaitaires, sont actualisés en fonction de l'inflation pour toutes les aides auditives de la liste. En Belgique, la solvabilisation des aides auditives repose uniquement sur le financement par l'Assurance maladie alors qu'en France, le financement est mixte – Assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire. Même si la solvabilisation belge est plus importante qu'en France, les prix de vente des aides auditives sont plus élevés sur l'ensemble du marché, entraînant des restes à charge plus importants pour les usagers belges. En Belgique, le financement des aides visuelles est calqué sur celui des fauteuils roulants : des forfaits régionaux de remboursement des aides permettent de financer les aides visuelles. Les montants de ces forfaits sont suffisants pour solvabiliser la quasi-totalité des demandes d'aides visuelles remboursables et il existe en outre des financements exceptionnels qui permettent de répondre à des besoins spécifiques. Les associations financées par la région jouent un rôle important d'accompagnement au choix pour les usagers. La dimension régionale du financement des aides visuelles est à l'origine d'iniquités entre les assurés selon leur localisation : les offres d'aides visuelles remboursables peuvent fortement varier d'une région à l'autre, de même que les niveaux et les conditions de remboursement.

► **Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : la Suède**

D'ESTÈVE DE PRADEL, A. ET PICHETTI, S.
2025

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 601)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/601-comparaison-europeenne-et-evolution-dans-le-financement-des-aides-techniques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-suede.pdf>

Le système suédois des appels d'offre permet de réduire les dépenses publiques liées à la mise à disposition des fauteuils roulants comparativement aux dépenses engagées dans les systèmes qui reposent sur un marché privé. Toutefois, compte tenu du socle régional de ces appels d'offre, une très forte hétérogénéité des offres publiques locales est constatée par les observateurs et les associations. Le maillage insuffisant de centres publics de distribution occasionne d'importants délais d'attente pour accéder à l'équipement et l'offre est limitée par rapport au marché privé. Pour les fauteuils roulants, la réforme du « libre choix » (Fritt Val) n'a pas transformé la distribution, car le dispositif a été très peu diffusé, car peu connu du public. En outre, les usagers ont montré des réticences à endosser la responsabilité de choisir un fauteuil roulant alors qu'ils bénéficient d'un accompagnement de bonne qualité par des ergothérapeutes formés quand ils suivent le parcours d'équipement classique dans le secteur public. La réforme du « libre choix » n'a été diffusée que dans deux régions suédoises sur 21 (Stockholm et Malmö) pour les aides auditives mais elle y a rencontré un très grand succès auprès des usagers. Les vouchers proposés sont pourtant d'un montant faible, couvrant à peine 10 % du prix des aides auditives du marché privé, ce qui laisse aux usagers d'importants restes à charge. 93 % des prescriptions d'appareils auditifs se font par le « libre choix » à Stockholm. Ce succès révèle les limites du système traditionnel de mise à disposition des aides auditives – moins diversifiées que dans le secteur privé – et caractérisé par d'importantes files d'attente (de trois mois à deux ans en fonction des régions). Dans la région de Stockholm comme en Scanie, celles-ci ont disparu au tournant des années 2010 du fait de l'introduction du système de « libre choix ». Dans les autres régions, les appels d'offre publics permettent d'approvisionner les régions en aides auditives mais conduisent à des disparités d'offre importantes sur le territoire. Les prix des aides visuelles négociés dans les appels d'offre restent relativement élevés : les volumes commandés par les régions ne sont pas suffisamment importants pour inciter les industriels à consentir des rabais significatifs. Pour autant, les usagers qui optent pour le circuit public de distribution des aides visuelles peuvent les obtenir sans reste à charge. L'absence de revalorisation des budgets consacrés aux aides visuelles empêche certaines régions de se doter des aides les plus récentes et les plus technologiques : des

iniquités d'offre sont importantes entre les régions. Le « libre choix » est disponible dans cinq régions suédoises mais n'a pas rencontré le succès : le reste à charge plus élevé qui doit être supporté par l'utilisateur quand il achète son aide sur le marché privé constitue un obstacle à la diffusion de cette politique pour les usagers d'aides visuelles.

► **Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Angleterre, Belgique, Suède : Étude de cas : l'Angleterre**

PICHETTI, S. ET D'ESTÈVE DE PRADEL, A.
2025

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 599)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/599-comparaison-europeenne-et-evolution-dans-le-financement-des-aides-techniques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-angleterre.pdf>

Le système public de mise à disposition des fauteuils roulants anglais permet de réduire fortement les dépenses publiques par rapport à un marché privé. Il est basé sur un appel d'offre d'envergure nationale qui permet de centraliser un volume de commandes important. En contrepartie, la diversité des fauteuils roulants commandés est réduite et certains types de fauteuils (notamment les électriques verticalisateurs) ne sont pas disponibles dans les centres de distribution du *National Health Service* (NHS). Malgré les appels d'offre nationaux par le NHS, une hétérogénéité de l'offre sur le territoire est observée : 40 % des centres de distribution de fauteuils roulants NHS du pays désormais passés sous gestion privée, ne référencent pas les modèles des contrats nationaux, préférant contracter avec d'autres fournisseurs pour mieux contrôler la qualité et les coûts. En outre, les centres NHS restés sous gestion publique peuvent aussi passer des appels d'offre en marge de l'appel d'offre central, ce qui contribue à accroître l'hétérogénéité des offres locales. La réforme du *Personal Wheelchair Budget* n'a eu qu'un très faible impact sur l'accès aux fauteuils roulants : les restes à charge potentiellement importants ont freiné l'adhésion des usagers au dispositif. En outre, les usagers anglais insérés sur le marché du travail peuvent bénéficier d'un programme concurrent potentiellement plus avantageux : *Access to Work*, co-financé par le ministère anglais des Affaires sociales et du Travail et les entreprises, qui permet de financer tout l'équipement nécessaire au travail, y compris un

fauteuil roulant, même très coûteux. En Angleterre, le NHS permet l'accès gratuit à une offre limitée d'aides auditives, à un coût faible pour le NHS car l'appel d'offre national qui porte sur des quantités conséquentes permet d'exercer une pression forte sur les prix. L'Angleterre opte pour l'achat de gros volumes (1,5 million d'unités commandées pour chaque appel d'offre), privilégiant l'accès le plus large possible à des appareils d'entrée de gamme. En dehors du circuit public, une offre privée importante se développe depuis plusieurs années, qui attire une clientèle plus aisée financièrement, séduite par le fait de bénéficier d'un éventail de choix beaucoup plus étoffé que dans le secteur public, et par le fait d'éviter les files d'attente importantes dans les centres. Toutefois, aucun financement public ne permet de soutenir les usagers tentés par un achat sur le marché privé. L'Angleterre se sin-

gularise en n'accordant aucune aide financière pour les usagers qui souhaitent acquérir une aide visuelle, ce qui contraste avec les autres pays étudiés (France, Belgique et Suède). Cette situation oblige les usagers à mobiliser des financements alternatifs : le programme *Access to Work*, mais uniquement pour ceux qui sont en emploi, ou les allocations liées au handicap pour financer des aides visuelles. En l'absence de prise en charge des aides visuelles par le NHS, un écosystème étoffé d'organisations caritatives liées aux déficiences visuelles s'est développé depuis plusieurs années en Angleterre. Certaines prévoient des programmes de subventions des aides visuelles sous conditions de ressources. Elles exercent aussi des missions d'accompagnement au choix des aides visuelles ou d'accompagnement à l'utilisation.

Hôpital

Hospital

► **Highly Disaggregated Disclosure and Cost of Capital: Evidence from the Hospital Price Transparency Requirements**

BASU, S., JI, R. ET WANG, W.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5741824

In November 2019, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued the Hospital Price Transparency Requirements (HPTR), which for the first time, required hospitals to publicly disclose the actual prices charged to different payers for all individual medical procedures. While this mandate increased the public availability of granular revenue-related data, critics argue it could also raise hospitals' proprietary costs. We find that, after the promulgation of HPTR, yield spreads on hospital municipal bonds declined and bid-ask spreads narrowed relative to comparable municipal bonds not subject to the regulation. The reduction in bond spreads is greatest among hospitals operating in states with more opaque accounting practices, consistent with reductions in information asymmetry driving the effect, and for hospitals operating in more competitive markets, where voluntary price disclosure was previously less likely. The effect is also stronger for hos-

pitals in states with less competitive health-insurance markets, where access to peer price data strengthens hospitals' negotiating leverage with insurers. Our findings suggest that the informational benefits of highly disaggregated price disclosure outweigh purported proprietary costs on average.

► **Dans les établissements de santé en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression**

BOISGUERIN, B., MARRE, M. ET MELLOTT, R.

2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats 1353)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/251113_ER_etablissements-de-sante

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie les premières données sur la capacité d'accueil hospitalière en 2024. Ces résultats sont issus de la « base administrative » de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), collectée au premier semestre 2025. Au 31 décembre 2024, 1 330 hôpitaux publics, 655 établissements privés

à but non lucratif et 980 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Les capacités d'accueil de ces 2 965 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (367 300 lits), hospitalisation partielle (91 200 places) et hospitalisation à domicile (25 400 patients pouvant être pris en charge simultanément). En 2024, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'infléchit (-0,5 %, après -1,2 % en 2023). La croissance du nombre de places ralentit aussi (+3,1 %, après +4,0 %), mais reste plus soutenue qu'avant 2019. La hausse demeure plus élevée en moyen séjour (+5,5 %) qu'en court séjour (+4,4 %) ; en psychiatrie, le nombre de places ne progresse globalement pas. Concernant l'hospitalisation à domicile, les capacités de prise en charge augmentent de nouveau vigoureusement (+5,5 %, après +4,1 % en 2023). Elles représentent ainsi 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. Fin 2024, 450 maternités disposent de 13 800 lits d'obstétrique (-1,7 % par rapport à 2023), 2 800 lits de néonatalogie (-1,0 %), 1 200 lits de soins intensifs (+2,9 %) et près de 770 lits de réanimation (+1,1 %). La densité de lits de réanimation néonatale atteint ainsi 1,2 lit pour 1 000 naissances ; elle est supérieure à 1 lit pour 1 000 naissances dans quatorze régions, dont les cinq départements et régions d'outre-mer, et inférieure dans les quatre régions du quart sud-est de la France métropolitaine.

► **Do hospitals exhibit efficiency differences justifying local price variation?**
A retrospective study of lengths of stay for renal transplant in NHS England

CHALKLEY, M., JACOBS, R. ET CASTELLI, A.
2025

CHE Research Paper 200. York, Centre for Health Economics

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHE%20RP%20200%20Final%20Version.pdf>

Objectives To examine variation in lengths of stay between hospitals supplying renal transplant services in England, accounting for hospital and patient characteristics to establish whether there are statistically significant differences that would justify paying different local prices. **Design** Analysis of retrospective administrative data using multi-level models including hospital specific and patient specific characteristics. **Graphical presentation** of adjusted provider-level lengths of stay and associated confidence intervals. **Setting** Renal transplants undertaken in the finan-

cial year 2019/20 across 19 providers in England. Population 3,444 patients who were subject to renal transplants for which 58% were male and whose average age was 51 years. **Data** Hospital Episode Statistics (Admitted Patient Care) and Civil Registration Deaths data for England 2019/2020. **Main Outcome Measures** Estimated hospital level lengths of stay for patients and associated standard errors, after accounting for a suite of hospital level and patient level variables. **Results** After controlling for hospital characteristics and patient characteristics there is little statistically significant variation in length of stays between hospitals. Only 3 hospitals exhibit lengths of stay that are significantly longer or shorter than the overall average. Hence, most observed variability can be attributed to factors that are external to a hospital or outside of its control. **Conclusions** There is little support from these data for the use of different locality specific prices with a view to compensating for (or providing incentives to align) differences in efficiency across locations in respect of renal transplant services. Any discretion in terms of price setting will need to be supported by data supplementary to the available administrative data analysed in this study.

► **Quelle place pour l'hôpital dans un parcours de soins psychiatriques orienté vers le rétablissement ?**

FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR LA
BIODIVERSITÉ

2025

Bruxelles, F.R.B.

https://media.kbs-frb.be/fr/media/13409/2025_PUB_3997_Hopitaux_SM

Malgré un intérêt évident et les exemples de nombreuses bonnes pratiques menées à l'étranger, nous constatons que l'aide et les soins orientés vers le rétablissement semblent encore difficiles à mettre en place au sein de l'hôpital en Belgique. Avec leur initiative autour du rôle des hôpitaux dans la trajectoire de soins qui mène au rétablissement, les Fonds «Santé mentale» et la Fondation Roi Baudouin ont cherché à définir ce que signifie et implique ce rôle et à soutenir des hôpitaux qui ont souhaité mettre en place, développer ou pérenniser une démarche ambitieuse de soins orientés vers le rétablissement. Ces démarches ont pu prendre des formes diverses et variées : formations croisées, organisation de stages d'immersion au sein de services innovants, création de comités d'usagers et/ou de proches, actions liées au développement du travail

en réseau, intégration d'experts du vécu et de pair-aidants, ... Cette publication synthétise ces parcours

exploratoires et les leçons apprises issues de quatorze expériences pionnières en Belgique.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► Trends in Health Inequalities among Spanish Retirees

BELLES-OBREIRO, C., FLORES, M. ET GARCIA-GOMEZ, P.

2025

Estudios sobre la Economía Española 2025/26. Madrid, F.E.D.E.A.

<https://documentos.fedea.net/pubs/eee/2025/eee2025-26.pdf>

Spain, with one of the highest life expectancies globally and a rapidly ageing population, faces growing challenges in sustaining its pension, healthcare, and long-term care systems. This study examines trends in health inequalities among retired Spaniards from 2004 to 2022, using eight waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). We analyse five health outcomes—limitations in daily and instrumental activities, number of chronic conditions, a composite health deficiency index, mental health (EURO-D scale), and cognitive performance—and use linear regression to assess income-related gradients, adjusted for age and sex. We also compute a catch-up time measure—the number of years a poorer individual would need to reach the same level of health as a richer individual—and concentration indices of bad health. We then examine how these inequalities change over time, allowing us to explore the potential influence of pension reforms within the context of Spain's Beveridge-style healthcare system and tax-funded long-term care provision. Our results show no clear evidence that health inequality has increased from 2004 to 2022. These findings contribute to understanding how income disparities interact with social protection systems in ageing societies and inform the design of equitable health, long-term care, and pension policies.

► The Rich Live Longer: A Model of Income and Health Inequalities

GARCIA SANCHEZ, P. ET PIERRARD, O.

2025

Lidam Discussion Paper IRES 2025/16 ; Louvain-la-Neuve, L.I.D.A.M

<https://sites.uclouvain.be/econ/DP/IRES/2025016.pdf>

Income and life expectancy are strongly correlated, yet the mechanisms underlying this relationship remain debated. This paper develops a structural model in which both variables are endogenous and jointly determined. Calibrated to U.S. data, the model replicates the income-longevity gradient and the distribution of age at death. It highlights the importance of both the health-to-income and income-to-health channels in accounting for these empirical patterns. Our model also offers a more cautious assessment of income redistribution policies than empirical studies, showing that redistribution can weaken incentives for preventive care and increase mortality risk. By contrast, lowering the price of preventive care through subsidies promotes better health and longer lives.

► Cancellations of Outpatient Appointments before and during the COVID-19 pandemic in England

KASTERIDIS, P., ARABADZHYAN, A. ET JACOB, N.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5503648

Outpatient care is a vital part of the National Health Service (NHS) in England. Most scheduled outpatient appointments are attended but a significant proportion is displaced either by the NHS or by the patient. The onset of the pandemic caused a dramatic fall in outpatient activity affecting both the scheduling phase (change in number of planned appointments) and the displacement phase (change in probability

of displacing a planned appointment). We develop a theoretical framework that illustrates how emerging demand factors, such as fear of contracting COVID-19, altruistic “protecting the NHS” behaviour, adherence to social distancing, and increased access costs, combined with constrained healthcare resources, disrupted the pre-pandemic equilibrium and led to displaced demand. Our empirical focus is on the displacement phase. Unlike non-scheduled appointments, displaced appointments are observable at the patient level and impose higher administrative and opportunity costs. We analyse both patient-displaced and provider-displaced appointments, the latter of which has not been explored in existing literature. Using administrative data from the English Hospital Episodes Statistics, we assess how various factors affect the likelihood of attendance, patient-initiated cancellations, and provider initiated cancellations for first face-to-face outpatient appointments. Our analysis reveals that pre-existing differences in attendances and cancellations across specialties, referral sources, urgency levels, and regions were exacerbated during the pandemic. Addressing these amplified discrepancies is crucial to mitigate inequalities.

► **A Theoretical Framework for Analyzing Inequalities in Health Care**

MATUS-LOPEZ, M. ET GALLEGU-MORON, N.
2025

MPRA Paper 126482. Munich, M.P.R.A.

https://mpra.ub.uni-muenchen.de/126482/1/MPRA_paper_126482.pdf

Gender inequalities affect all aspects of society, including political, economic, and social domains—and health systems are no exception. This paper proposes a concise theoretical framework to analyze the multiple gendered dimensions within health systems, based on the World Health Organization’s classification of core health system functions. By examining financing, governance, resource generation, and service provision, the framework highlights how gender disparities are embedded in institutional structures and practices. Specific evidence from recent studies is included to illustrate these dynamics. Ultimately, the proposed framework aims to serve for the research project on the historical development of public health systems.

► **Renouer avec la promesse de la Sécurité sociale de 1945 : pour un accès de tous·tes à la santé et une protection maladie véritablement universelle**

MÉDECINS DU MONDE

2025

Paris, Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/actualite/rapport-2025-de-lobservatoire/>

Créée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la Sécurité sociale reposait sur une promesse d’universalité. 80 ans plus tard, le système s’est développé et élargi, permettant de couvrir les besoins en santé d’une grande partie de la population. Pourtant, Médecins du Monde démontre dans son Rapport 2025 de l’Observatoire de l’accès aux droits et aux soins que les inégalités demeurent, voire s’aggravent, et appelle à l’instauration d’une couverture maladie vraiment universelle.

► **Atlas de la pauvreté et des inégalités**

MILHAUD SAMARINA, O., RIBARDIERE, A. ET DELOGET, C.

2025

Paris, C.N.L.E.

<https://solidarites.gouv.fr/le-cnle-publie-son-premier-atlas-de-la-pauvrete-et-des-inegalites-sociales-un-outil-pour-mieux-comprendre-les-realites-territoriales-de-la-pauvrete-en-france>

Le diagnostic sur la pauvreté, ses évolutions et les catégories de population concernées est mené le plus souvent sur le champ de la France métropolitaine prise comme un tout. Même si la taille de la commune est parfois retenue comme un critère de différenciation, ces analyses globalisantes laissent dans l’ombre les inégalités d’exposition à la pauvreté dans les territoires. Or, la connaissance des contextes de la pauvreté dans les territoires est indispensable pour la conception des politiques d’action sociale et de solidarité. Cet atlas présente plusieurs cartes permettant de visualiser les territoires sur lesquels les personnes en situation de pauvreté monétaire sont les plus nombreuses et ceux où le risque individuel de vivre sous le seuil de pauvreté est le plus élevé. Les cartes proposées rendent compte de l’évolution du taux de pauvreté monétaire dans les territoires et du lien entre ce taux et d’autres caractéristiques socio-économiques des territoires. L’analyse est menée à deux niveaux géographiques : le département et le groupement de communes (EPCI : établissement public de coopération intercommunale). Chaque édition de l’atlas proposera un focus sur les

EPCI de 4 territoires. Ce sont l'Hérault, la Creuse, la métropole Lilloise et la métropole du Grand Paris pour cette première édition.

► **Étude ASPIRE (Accès aux soins, Santé et Prostitution) : une recherche participative sur les réalités et les besoins des personnes prostituées et survivantes**

MOUVEMENT DU NID

2025

Clichy, Mouvement du Nid

<https://mouvementdunid.org/prostitution-societe/ressources/etude-sante-et-prostitution/>

Cette étude qualitative menée par l'association du Mouvement du Nid, en partenariat avec l'Inserm et la Sorbonne Université, dresse un état des lieux actualisé et global de la santé et de l'accès aux soins des personnes connaissant ou ayant connu la prostitution. Au-delà de produire des données scientifiques encore trop rares sur le sujet, elle vient démontrer qu'il est tout aussi nécessaire de sortir de la prostitution pour retrouver la santé, que d'être bien soignée pour pouvoir sortir de la prostitution, confirmant par-là les observations de terrain de l'association.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2014-2024**

BEN HMIDENE, G., MARQUET, A. ET PIEDNOIR, E.

2025

Saint-Maurice, Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-2014-2024>

La consommation d'antibiotiques dans le secteur de ville a augmenté en France en 2024 par rapport à 2023, selon les deux modes de mesure : exprimée en nombre de doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 habitants et par jour, la consommation s'est établie en 2024 à 22,1 DDJ/1 000 habitants/jour, soit une augmentation de 5,4 % par rapport à 2023 ; exprimée en nombre de prescriptions pour 1 000 habitants et par an, la consommation a progressé en 2024 à 860,4 prescriptions/1 000 habitants/an, soit une augmentation de 4,8 % par rapport à 2023.

► **Médicaments dans l'environnement - Mise en œuvre de l'approche stratégique de l'UE : Compilation de recommandations et de bonnes pratiques**

COMMISSION EUROPÉENNE

2025

Bruxelles, Commission Européenne

<https://ansm.sante.fr/uploads/2025/10/02/2025102-rapport-medicaments-environnement-comission-europenne.pdf>

Un groupe d'experts européens a publié des recommandations pour favoriser une utilisation durable des médicaments et réduire les risques que leur mésusage fait courir à l'être humain comme à l'environnement. Il formule sept grandes recommandations sur les actions que peuvent mettre en place les autorités sanitaires qui le souhaitent : Encourager le bon usage des médicaments, comme les antibiotiques, pour prévenir le développement de la résistance des micro-organismes ; Former les étudiants et les professionnels de santé à l'impact environnemental des médicaments ; Communiquer sur l'impact environnemental des médicaments auprès du public et des professionnels de santé, tout en encadrant et limitant les allégations environnementales des titulaires d'AMM dans la publicité ; Limiter le gaspillage des médicaments en adaptant les conditionnements, en utilisant des emballages durables et en augmentant leur durée de conservation ; Réduire les déchets liés à l'usage des médicaments et améliorer les pratiques de tri, de destruction et d'élimination des déchets médicaux ; Développer un système de collecte approprié pour les médicaments non utilisés et périmés, et inclure le concept de responsabilité élargie du producteur (REP) ; Accroître l'expertise environnementale au sein des comités d'évaluation des médicaments.

► **La délivrance des médicaments à l'unité : une pratique à développer de manière sélective**

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-delivrance-des-medicaments-lunite-une-pratique-developper-de-maniere-selective>

En France, les médicaments sont conditionnés et distribués au public en boîtes contenant plusieurs doses, contrairement à d'autres pays, notamment européens, où ils sont délivrés à l'unité, c'est-à-dire en quantité strictement égale à celle prescrite. La boîte a l'avantage de protéger le produit, d'en garantir l'authenticité au travers d'un code dit de sérialisation, et de servir de support à des messages, de précaution d'emploi notamment. Toute la chaîne pharmaceutique en France, de la fabrication du médicament à la remise au patient en passant par la répartition entre les officines, est organisée en fonction de la boîte, y compris les logiciels de gestion des stocks et la tarification pour la vente au public. Sur le fondement de la prescription, le pharmacien doit délivrer le nombre de boîtes permettant, au minimum, de couvrir la durée du traitement, éventuellement en excès. Le reliquat sera peut-être mal consommé ultérieurement, en automédication, ou stocké puis détruit, avec les dommages afférents en termes financiers, de santé et de protection de l'environnement. La délivrance à l'unité peut donc être un moyen de remédier à ce gaspillage. Examiner sa pertinence et sa faisabilité est l'objet du présent rapport.

► **How Do Financial Conditions Affect Professional Conduct? Evidence from Opioid Prescriptions**

EREL, I., GE, S. ET MA, P.
2025

NBER Working Paper 34276. Cambridge, N.B.E.R.

<https://www.nber.org/papers/w34273>

We examine how healthcare providers' opioid prescriptions are affected by changes in their home values, which proxy for shocks to their wealth. We find that providers increase opioid prescriptions when experiencing adverse financial conditions. Results are robust to including provider office-year fixed effects and using the subsample of providers who live far away from their offices, thereby largely ruling out a patient-demand explanation. Providers living in ZIP

codes with price changes in the bottom half in 2007–2009 increased their opioid prescriptions in 2010–2012 by approximately 16% more than others. The effect is stronger among providers facing more provider competition and those serving vulnerable populations. Providers experiencing adverse financial conditions also receive more opioid-related payments from pharmaceutical companies. We also extend our analysis to ADHD medications, demonstrating a similar pattern of increased prescriptions under negative financial shocks, suggesting broader implications for other medical decisions. Our findings offer novel insights into professional conduct under personal financial pressure, with implications extending beyond healthcare.

► **Can Drug Pricing Transparency Reduce Drug Costs?**

FIORE, N.M.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5710162

High drug prices and opaque middle-man contracting have driven calls for transparency. I examine whether mandates to disclose rebate flows lower prescription drug costs. I find no meaningful reduction in premiums, deductibles, or out-of-pocket payments across different market structures and incentive conditions. Instead, I find that costs can rise in markets not directly regulated—consistent with intermediaries shifting costs across jurisdictions. Contrary to regulators' expectations, transparency alone may not reduce drug spending—and may even redirect it—when contracts span multiple markets.

► **A scoping review on the methods used to investigate serious adverse events in healthcare: Comparing approaches and identifying costs**

BRUNTON, J. ET LAWN, S.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5587102

Abstract Introduction: Serious adverse events (SAEs) in healthcare harm patients and families, traumatise the workforce, and place strain on the healthcare system. Investigating the causes of SAEs is crucial for improving patient safety, yet the investigative methods available appear limited and not well synthesized. This scoping review aimed to identify, describe, and compare these methods, to examine their key characteristics, and to explore the resources required and associated costs. Method: A systematic search was conducted in multiple databases. Studies describing methods for investigating single incidents resulting in serious patient harm were included. Data on investigation methods and costs were extracted and synthesised. Results: There were 28 studies that met the inclusion criteria. Root Cause Analysis (RCA) was the dominant method, cited in 25 studies. Other methods were cited in much lower frequency. The included studies lacked sufficient procedural detail, necessitating the use of external protocols to inform the synthesis. All methods were based on accident causation models and followed similar investigation phases. Specific differences included healthcare adaptations, IT software integration and training requirements. No included studies directly reported on the costs to conduct SAE investigations. Conclusions: SAE investigation methods in healthcare remain largely confined to RCA despite its recognised limitations. The lack of investigation methodological diversity presents challenges for healthcare leaders in transitioning to alternative investigation methods. Further research is needed to develop and evaluate alternative methods and to quantify the costs associated with these investigations.

► **Produire les comptes de la santé avec les données du Système national des données de santé – Un exemple de microfondation des comptes au sein de la comptabilité nationale**

REDURON, V.

2025

Drees méthodes(24)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/produire-les-comptes-de-la-sante-avec-les-donnees-du-systeme-national>

Tous les ans, la Drees publie les comptes de la santé, compte thématique de la comptabilité nationale, qui synthétise l'ensemble des dépenses de santé réalisées en France. Tous les ans, la Drees publie les comptes de la santé, compte thématique de la comptabilité nationale, qui synthétise l'ensemble des dépenses de santé réalisées en France. Ce Drees Méthodes présente le projet de microfondation des comptes de la santé, réalisé en 2024 par la Drees. Ce projet a consisté, sans changer les principes et concepts des comptes, à les recalculer en grande partie à partir des données détaillées du Système national de données de santé.

Politique de santé

Health Policy

► L'Institut national du cancer

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/linstitut-national-du-cancer>

Créé en 2004, l'Institut national du cancer (INCa) joue un rôle central dans la lutte contre la première cause de mortalité en France. Après des débuts difficiles relevés par la Cour en 2008 et 2009, il s'est doté d'outils solides de maîtrise des risques et pilote aujourd'hui des missions stratégiques : financement de la recherche en oncologie, expertise auprès des pouvoirs publics, prévention et suivi épidémiologique, avec notamment la création du registre national des cancers dont la gestion lui a été confiée par la loi du 30 juin 2025. Le renforcement de ses missions s'est accompagné, au début des années 2020, d'une hausse de ses moyens financiers dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer et de la loi de programmation sur la recherche. Mais la récente évolution des finances publiques oblige désormais l'Institut à ajuster son organisation et ses modes d'action pour préserver la continuité de ses missions.

► Rapport au parlement 2025 sur les expérimentations innovantes en santé

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

Le rapport 2025 présente le bilan des expérimentations innovantes menées via l'Article 51. Ce dispositif permet de tester de nouvelles organisations et financements pour transformer le système de santé. Plus de 150 projets ont été autorisés, touchant plus d'1,5 million de personnes. Les thématiques les plus développées sont : obésité, activité physique adaptée, santé mentale, enfants protégés et perte d'autonomie. Les expérimentations améliorent la prévention, la coordination et la continuité des parcours de soins. Plusieurs projets montrent une réduction des hospitalisations évitables et un meilleur accès aux soins. De nombreux dispositifs entrent en phase de généralisation, notamment sur l'obésité et le vieillissement. Le médecin traitant reste central mais doit être soutenu par une organisation en équipes. Le numérique et le décloisonnement ville-hôpital-médico-social jouent un rôle clé. L'Article 51 devient un outil stratégique pour moderniser durablement le système de santé.

Politique sociale

Social Policy

► Sciences comportementales et politiques sociales : bibliographie commentée

ANGOTTI, M., LALOUÉ, F. ET SAINTOYANT, V.
2025

Paris, I.G.A.S.

Cette note traite des apports des sciences comportementales aux politiques sociales, en couvrant l'ensemble de ces politiques (travail emploi formation professionnelle, santé, santé – environnement, solidari-

tés, protection sociale...). Plusieurs centaines de mécanismes comportementaux influençant les décisions sont recensés dans différents travaux. Les recherches se poursuivent pour en affiner la connaissance ainsi que la compréhension. L'objectif de cette bibliographie commentée n'est donc pas de traiter des apports des sciences comportementales de façon exhaustive, mais de se concentrer sur ceux ayant plus particulièrement un lien avec les politiques sociales et leurs objets. Il s'agira en effet de développer une analyse « incar-

née ». Le groupe a sollicité les acteurs des politiques sociales et les entités de recherche afin de construire

ses travaux et sa réflexion. Le champ demeure vaste et évolutif.

Politique publique

Public Policy

► **Rapport sur l'état des services publics : Un service public pour tous et toutes, vraiment ? Quand les inégalités face aux services publics dépassent la question territoriale**

COLLECTIF NOS SERVICES PUBLICS

2025

sl, Collectif Nos services publics

<https://nosservicespublics.fr/rapport-etat-services-publics-2023>

Le collectif Nos services publics publie son troisième rapport annuel sur l'état des services publics, consacré à l'égalité d'accès aux services publics. Intitulé « Un service public pour tous et toutes, vraiment ? Quand les inégalités face aux services publics dépassent la question territoriale » ce rapport interroge la capacité réelle de l'action publique à garantir l'accès aux droits fondamentaux – santé, éducation, logement, eau, services administratifs – quels que soient le territoire, la situation sociale ou les parcours de vie. À travers une démarche interdisciplinaire mêlant données statistiques, analyses juridiques et témoignages de terrain, le rapport met en lumière une réalité préoccupante : l'accès aux services publics se fragmente, se complexifie, et ne permet pas de garantir des droits universels. En complément aux analyses statistiques et cartographiques macrosociologiques qui ont nourri les deux premières éditions de ce rapport, nous avons cette année intégré des zooms à partir de témoignages, récits de vie sur quatre territoires : le Jovinien dans l'Yonne, Saint-Paul à la Réunion, Meylan en Isère et Villeurbanne dans le Rhône. Ce rapport donne des outils d'analyse pour essayer de penser les inégalités d'accès au service public. Il se donne également comme ambition d'identifier des leviers concrets d'action : si demain l'égalité d'accès était un réel objectif de service public, par où pourrait-on commencer ?

► **Les politiques publiques par la défiscalisation**

PRESSES DE SCIENCES PO

2025

Paris, Presses de Sciences Po

Les auteurs de cet ouvrage proposent une évaluation systématique du coût et de l'efficacité des dépenses fiscales (communément appelées « niches fiscales »). Les dépenses fiscales (communément appelées « niches fiscales ») regroupent l'ensemble des avantages fiscaux et réductions d'impôt prévus par la loi afin soit d'augmenter le revenu de certains ménages, soit d'inciter les acteurs économiques à développer leur activité dans certains secteurs. Ces politiques de défiscalisation sont peu à peu devenues un instrument majeur des politiques publiques en France. Parmi celles-ci, deux chapitres concernent le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et son impact sur la prise en charge de la dépendance ; les effets redistributifs et pertinence des dispositifs fiscaux participant à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Prevention

► **Government Recommendations and Health Behaviors: Evidence from Breast Cancer Screening Guideline**

CHURCHILL, B.F. ET LAWLER, E.C.

2025

NBER Working Paper 34368. Cambridge, N.B.E.R.

We provide novel evidence on how healthcare decision-making responds to changes in government recommendations by studying the United States Preventive Services Task Force's 2009 decision to stop recommending mammogram screenings for women aged 40-49. Using a difference-in-differences identification strategy, we find that the guideline revision reduced mammography among 40-49-year-old women by 6-10 percent (from a baseline rate of 48.8 percent) relative to their older counterparts. We also identify large spillovers onto women aged 30-39 who were subsequently 25 percent less likely to receive a mammogram recommendation (from a baseline rate of 22.8 percent) and up to 60 percent less likely to receive a mammogram (from a baseline rate of 12.6 percent). Additional analyses suggest the revision reduced overdiagnosis of early-stage tumors. Finally, we find that the 2009 update increased confusion about recommendations for preventing cancer.

► **Comment renforcer l'expertise au service du virage préventif ?**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3702006/fr/comment-renforcer-l-expertise-au-service-du-virage-preventif-note-d-analyse-prospective-2025

Thématique phare de son projet stratégique 2025-2030, la prévention est le sujet de la nouvelle analyse prospective du système de santé, adressée par la Haute Autorité de santé (HAS) au Gouvernement et au Parlement. Dans un contexte marqué par de fortes contraintes budgétaires, la HAS appelle à renforcer l'éclairage des décideurs par des données probantes pour leur permettre d'apprécier la pertinence des interventions de prévention et de promotion de la santé et donc les bénéfices attendus pour la popula-

tion. A cet effet, elle propose notamment de construire et mettre en place une « boîte à outils » à destination de l'ensemble des acteurs concernés, et de structurer leur dialogue autour de cet enjeu.

► **Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes : Mission PRIMO. Principaux résultats 2024**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/surveillance-de-la-resistance-bacterienne-aux-antibiotiques-en-soins-de-ville-et-en-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-mission-prim06>

La surveillance PRIMO, qui s'appuie sur un réseau volontaire représentant 44,6% des laboratoires de ville, permet de décrire l'écologie bactérienne en ville et en Ehpad. La surveillance nationale de la résistance aux antibiotiques en ville et secteur médico-social reposait en 2024 sur un réseau de 2 015 laboratoires de biologie médicale (LBM) de ville (2 089 en 2023) couvrant les 13 régions de France hexagonale et la Réunion. Les données des Ehpad présentées cumulent les données PRIMO (Ehpad indépendant) et SPARES (Ehpad dépendant d'un établissement de soins). En 2024, les proportions de résistance aux antibiotiques étaient plus élevées en Ehpad qu'en ville, quel que soit l'indicateur, mais évoluaient différemment. Il était observé une augmentation de la proportion de souches urinaires de E. coli résistantes aux C3G pour la 3^e année consécutive chez les patients de ville, mais une diminution de cette résistance en Ehpad. La proportion de souches urinaires de E. coli résistantes aux fluoroquinolones diminuait dans les 2 secteurs, atteignant ainsi en Ehpad l'objectif, fixé dans la stratégie nationale, de passer sous le seuil défini de 18 % avant 2025. Les deux indicateurs en ville et en Ehpad concernant la proportion de prélèvements urinaires porteurs de carbapénémases pour les espèces cumulées E. coli, K. pneumoniae et Enterobacter cloacae atteignaient également les objectifs définis mais ils étaient en augmentation. De

multiples facteurs impliquant l'exposition aux soins (hospitalisation, consommation d'antibiotiques...), ou associés à des déterminants sociaux ou environnementaux sont susceptibles d'expliquer la variabilité des évolutions épidémiologiques observées/constatées.

► **Prévention de la résistance
aux antibiotiques : une démarche
« Une seule santé »**

OPATOWSKI, M., BEN HMIDENE, G. ET LEFRANCOIS, R.
2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/prevention-de-la-resistance-aux-antibiotiques-une-demarche-une-seule-sante-novembre-2025>

La lutte contre l'antibiorésistance se mène à plusieurs échelles – internationale, nationale, régionale, locale – et sur de multiples fronts : recherche, surveillance des résistances et de leur évolution, prévention des infections et promotion d'un usage raisonné des antibiotiques. Depuis plusieurs années, des actions sont déployées en santé humaine, animale et dans l'environnement. Cependant, une approche cloisonnée n'est plus suffisante : les politiques publiques et les initiatives scientifiques tendent à s'inscrire dans une vision plus globale et interconnectée entre secteurs, portée par le concept « Une seule santé » ou *One health*. Malgré les progrès accomplis, des efforts supplémentaires restent indispensables pour renforcer la cohérence entre les secteurs et maximiser l'impact des actions engagées. Cette synthèse dresse un état des lieux des principaux résultats de surveillance et des actions de prévention mises en œuvre en France, qu'il s'agisse de prévention des infections ou du bon usage des antibiotiques. Elle met en lumière les initiatives menées dans trois domaines – santé humaine, santé animale et environnement – et souligne l'importance d'une mobilisation continue pour préserver l'efficacité des traitements antibactériens.

► **Europe's Beating Cancer Plan:
Implementation findings**

PARLEMENT EUROPÉEN
2025

Strasbourg, Parlement Européen

[https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU\(2025\)765809](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU(2025)765809)

This European implementation assessment (EIA) aims to inform the ongoing work of the European Parliament's Committee on Public Health (SANT) on its own-initiative implementation report (2025/2139(INI)) on Europe's Beating Cancer Plan (EBCP). The assessment is composed of two parts. The first part is an introduction by the European Parliamentary Research Service that focuses on Parliament's role in cancer control action plans and cancer policies. It also describes the structure, governance framework and funding mechanisms of the EBCP. The second part of this EIA is a study undertaken by a team of external experts that assesses the implementation of the EBCP across all EU Member States between 2021 and 2024. The analysis focuses on three core areas: (i) gaps and delays in implementation of the EBCP, particularly in prevention, cancer care, and quality of life; (ii) the EBCP's impact on cancer inequalities across the EU; and (iii) lessons learned and their applicability to future EU initiatives on non-communicable diseases. Drawing on desk research, stakeholder interviews, and eight country case studies, the study identifies key challenges and opportunities for strengthening EU health governance. It concludes with a set of recommendations to improve coordination, embed equity, and ensure sustainable progress in cancer prevention and control.

Psychiatry**► Organisation des filières d'urgence des patients à présentation psychiatrique**

ARROUY, L., BENENATI, S. ET CAPLETTE, C.

2025

Paris, S.F.M.U.

https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/psychiatrie_urgences_rissq.pdf

Plus d'un demi-million de passages pour motif psychiatrique ont été enregistrés aux urgences en 2023. C'est une hausse de 21 % par rapport à l'avant Covid-19. Cette augmentation impose de mieux définir le parcours de prise en charge d'un patient à présentation psychiatrique nécessitant des soins d'urgence. Celui-ci peut débuter par un appel au service d'accès aux soins (SAS). C'est un dispositif essentiel pour assurer une coordination rapide et efficace en situation de crise. Une évaluation initiale y est effectuée par un médecin régulateur pour déterminer le niveau de soin requis. Elle est complétée si possible par une équipe psychiatrique. L'objectif est de mobiliser rapidement si besoin les secours appropriés afin d'adresser le patient au bon endroit.

► Traité de santé publique : Fondements, organisations, stratégies et enjeux

BOURDILLON, F., BRUCKER, G. ET TABUTEAU, D.

2025

Les Ulis Cedex, Médecine sciences

Traité de référence sans équivalent en langue française, cette 4^e édition du Traité de santé Publique couvre les grandes problématiques relatives à la santé des populations. Cette nouvelle édition ouvre le champ de la santé publique entendu comme « un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes » à tous ceux, du citoyen au professionnel de santé, de la personne malade au décideur des politiques de santé, cherchent à partager la réflexion jamais close, sur les choix de santé et de société, les enjeux nationaux comme internationaux à travers : Les fondements de la santé publique : ses définitions, son histoire, les déterminants de santé, les risques et l'épidémiologie, la sécurité sanitaire, l'éthique, le

droit des personnes malades, la place et le rôle des associations de malades ; les grandes fonctions de la santé publique : la veille, l'alerte, la surveillance, la prévention et la promotion de la santé, la recherche en santé publique ; l'état de santé en France et dans le monde : la démographie, les inégalités de santé et un focus aux âges extrêmes de la vie – l'enfance et le vieillissement. Puis cette nouvelle édition décline trois approches : par facteurs de risques, par pathologies et selon les actes de prévention et de soins pour terminer sur les enjeux internationaux. La psychiatrie à l'heure de la santé mentale. (4^e de couv.).

► La santé mentale des enfants placés : Connaître, comprendre, soigner

BRONSARD, G. ET BRUNEAU, N.

2025

Toulouse Editions Erès

En France, près de 400 000 enfants sont confiés aux services de la protection de l'enfance. La plupart ont été gravement négligés, maltraités, parfois violés — le plus souvent par les adultes censés les protéger. Ces vécus laissent des traces profondes : troubles psychiques, comportements perturbateurs ou destructeurs, souffrances relationnelles. Face à cette réalité, deux champs professionnels se croisent sans toujours parvenir à travailler ensemble : la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie. Leur collaboration, pourtant fondamentale, se heurte à de fortes tensions émotionnelles, à des situations cliniques complexes et à des fonctionnements institutionnels trop cloisonnés. Pour qu'une rencontre soit possible, en dehors du bruit de l'urgence à « caser l'incasable », il faut d'abord un langage commun. Cet ouvrage propose un socle partagé sur les connaissances historiques et actuelles - le traumatisme psychique, l'attachement, les données neurobiologiques, les approches thérapeutiques et les réponses éducatives -, illustré par des exemples de dispositifs existants. Il invite à sortir d'un jeu de renvoi à trois (justice, protection, soin) où tout le monde a un peu raison de dire que la responsabilité dépend de l'autre, pour repenser ensemble l'accompagnement et le soin des enfants placés, dans toute leur singularité et leur vulnérabilité (4^e de couv.).

► **La santé mentale des jeunes enfants
(0 - 5 ans)**

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ
2025

Bruxelles, Conseil supérieur de la santé

<https://www.hgr-css.be/fr/avis/9742/sante-mentale-des-jeunes-enfants>

La petite enfance est une période clé durant laquelle se construisent les bases du développement physique, émotionnel, social et cognitif. Les recherches montrent que les premières années influencent fortement la santé future, la réussite scolaire, l'intégration sociale et même la productivité. Pourtant, la santé mentale des tout-petits reste peu reconnue dans les politiques publiques. Face à cet enjeu, le Conseil supérieur de la santé recommande d'investir dès la conception dans un environnement favorable aux familles : soutien socio-économique, accompagnement des parents, information sur la parentalité et accès facilité aux services de santé. Il insiste sur des interventions universelles, de prévention et de soutien, complétées par du repérage précoce des vulnérabilités, puis par un dépistage et des soins adaptés lorsque nécessaire. Le texte souligne l'importance d'une approche intégrée et collaborative entre professionnels, secteurs et niveaux de pouvoir, ainsi que la création de réseaux de périnatalité accessibles. Les familles vulnérables doivent être au centre des priorités. Enfin, l'avis évoque certains enjeux éthiques et juridiques. En conclusion, investir dans la santé mentale des jeunes enfants est bénéfique pour toute la société : cela améliore la santé globale, réduit les inégalités et diminue les coûts sociaux futurs.

► **A Danger to Self and Others:
Consequences of Involuntary
Hospitalization**

EMANUEL, N., WELLE, P. ET BOLOTNYY, V.
2025

New York, Federal Bank of New York

<https://libertystreeteconomics.newyorkfed.org/2025/10/a-danger-to-self-and-others-consequences-of-involuntary-hospitalization/>

Every state in the country has a law permitting involuntary hospitalization if a person presents a danger to themselves or others as a result of mental illness. If a person reaches this high bar, the logic goes, they should be confined in a psychiatric hospital for treatment until they are stabilized. (The process is also sometimes called involuntary commitment, involun-

tary psychiatric hold, or sectioning.) Although there is no definitive national accounting, it is estimated that about 1.2 million involuntary psychiatric hospitalizations occur every year (Lee and Cohen 2021). This puts the magnitude on par with the 1.2 million individuals imprisoned in state, federal, and military prisons every year (Carson 2022). In a new Staff Report, we use data from Allegheny County, which includes Pittsburgh, to measure how psychiatric commitments are impacting an individual's risk of danger to themselves or others, earnings, and housing.

► **Santé mentale et bien-être des enfants
et des jeunes : un enjeu de société**

EYRIEY, H.
2025

Paris, CESE

<https://www.lecese.fr/actualites/sante-mentale-des-jeunes-en-france-le-cese-tire-la-sonnette-dalarme-et-propose-des-solutions>

Grande cause nationale de 2025, le sujet de la santé mentale est enfin mis sur la table à un moment où la santé mentale des enfants et des adolescents est au plus bas. Alors que ces âges sont charnières dans le développement, la situation ne cesse de se dégrader. Le CESE tire la sonnette d'alarme : il faut se donner les moyens d'une approche préventive et holistique et agir dans les politiques publiques pour lutter contre le mal-être croissant chez les jeunes.

► **From Numbers to Humanity:
The Humanized Systems Index (HSI)
for Global Mental Health**

KRSTIC, M.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5558118

Mental health systems are commonly evaluated by inputs and outputs such as budgets, beds, workforce size, and rates of illness and recovery. These metrics overlook how care is experienced by people who seek help. The Humanized Systems Index (HSI) is a five dimension framework that quantifies the humanisation of mental health systems across Access and Equity, Human Dignity and Safety, Stigma Reduction and Inclusion, Flexibility and Crisis Responsiveness, and Sustainability and Workforce Innovation. HSI uses a 0

to 5 rubric for each dimension based on triangulated evidence from policy and service data, service user experience, and independent expert assessment, yielding a composite score and category. The framework is informed by findings from the Safe Space initiative and aligned with global literature. HSI reframes evaluation toward measurable humanisation, with implications for clinical practice, service design, and policy.

► **Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins : Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024**

LEON, C., PERRIN, L., GILLIAZEAU, I., *et al.*
2025

Saint-Maurice, Santé Publique France (Études et enquêtes)

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/episodes-depressifs-prevalence-et-recours-aux-soins.-barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>

L'année dernière, un adulte sur six a été concerné par un épisode dépressif caractérisé (soit 15,6% des 18-79 ans). Les femmes, les jeunes et les personnes précaires, vivant seules ou au sein d'une famille monoparentales sont les plus exposés. La gravité de ces épisodes est aussi accrue chez les femmes et les 18-59 ans, avec un pic chez les 40-49 ans (7,1 % d'épisodes sévères). Les différences entre hommes et femmes apparaissent particulièrement marquées chez les 18-59 ans, tant pour les formes modérées que sévères. Elles s'estompent toutefois au-delà de 60 ans.

► **La psychiatrie à l'heure de la santé mentale**

GANDRE, C., LAFONT-RAPNOUIL, S., COLDEFY, M., *et al.*
2025

In : [Traité de santé publique] Les Ulis Cedex, Médecine sciences : 493-505

Ce chapitre s'intéresse à la manière dont la psychiatrie évolue dans un contexte où l'on parle de plus en plus de santé mentale. Il commence par expliquer clairement ce que recouvrent ces deux notions, souvent utilisées l'une pour l'autre alors qu'elles ne désignent pas la même chose. Les auteurs présentent ensuite un aperçu des données disponibles sur les troubles psychiques, tout en rappelant que ces chiffres dépendent

beaucoup des systèmes d'information et de leur fiabilité. Le texte retrace aussi comment les politiques de santé mentale ont changé depuis les années 1960 : nouvelles approches, réformes successives, ouverture vers des actions plus larges que le seul soin psychiatrique. Le chapitre décrit également la diversité actuelle des services et dispositifs : hôpitaux, structures de proximité, accompagnement social, interventions communautaires... Enfin, il présente les questions qui restent encore problématiques aujourd'hui ainsi que les pistes envisagées pour améliorer la situation.

► **Mental Health Promotion and Prevention: Best Practices in Public Health**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-promotion-and-prevention_88bbe914-en.html

Mental health conditions such as depression and anxiety impose a significant burden on individuals and societies. Mild-to-moderate depressive symptoms affect one in five adults across OECD and EU27 countries, and they often go unrecognised and untreated, increasing the risk of progression to more severe conditions and raising overall societal costs. As part of the OECD's work on best practices in public health, this report identifies eleven promising best practice interventions implemented across OECD and EU27 countries. These include school-based resilience programmes, mental health literacy training with a focus on front-line professionals, suicide prevention initiatives, and improved access to mental healthcare services. OECD analyses show these interventions improve mental well-being, prevent symptom deterioration, enhance educational and occupational outcomes, and deliver measurable health and economic benefits. With adequate policy support - especially investment in workforce planning and the use of established implementation strategies - these interventions can be successfully scaled and transferred across countries.

► **La santé mentale dans les cités éducatives : une montée en puissance à accompagner**

SAIE, M., SIRINELLI, L. ET KALLENBACH, S.
2025

Paris, I.G.A.S. (Rapport IGAS 2025-037R)

<https://www.igas.gouv.fr/la-sante-mentale-dans-les-cites-educatives-une-montee-en-puissance-accompagner>

Depuis 2019, les « cités éducatives » visent à fédérer l'ensemble de la communauté éducative pour coordonner les stratégies locales d'accompagnement des 0-25 ans, au sein des quartiers de la politique de la Ville, à travers un label et des financements spéci-

fiques. Dans le contexte très préoccupant de la dégradation de la santé mentale des enfants et des jeunes et de l'insuffisance des moyens pour y faire face, le rapport conjoint de l'Igas et de l'IGESR examine dans quelle mesure ces cités se sont engagées sur le sujet et comment elles peuvent renforcer leur contribution.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **L'apport de la sociologie des organisations au développement des interventions complexes en santé : concepts, méthodes et illustration par le cas du programme ORANEAT**

CASTEL, P., BERGERON, H., CRESPIEN, R., *et al.*
2025

LIEPP Working paper, 183. Paris, L.I.E.P.P.

<https://sciencespo.hal.science/LIEPP-WORKING-PAPER/hal-05323850v1>

L'identification des facteurs contextuels est cruciale pour développer et évaluer des programmes d'interventions de prévention à la fois efficaces et efficaces. Parmi ces facteurs, les contextes organisationnels font l'objet d'une attention croissante, bien que celle-ci ne s'accompagne pas toujours d'une ouverture aux méthodes et concepts développés par les sciences des organisations. Ce working paper présente la démarche méthodologique et les principaux concepts d'un courant de recherches particulier, appelé l'analyse stratégique des organisations ou sociologie de l'action organisée. Ce courant met l'accent sur la structure informelle de l'action organisée, conçue comme le résultat des relations de pouvoir et dynamiques de coopération dans la réalisation d'une activité donnée. Ce working paper montre en quoi cette approche fournit un cadre utile pour les interventions et recherches de santé publique. Elle conduit à situer l'organisation à l'interface entre l'intervention et son contexte d'implémentation, faisant écho à certaines démarches de santé publique qui invitent à étudier l'interaction entre le « système contexte » et le « système intervention » dans les programmes ou interventions complexes. Le programme de bon usage des antibiotiques en EHPAD ORANEAT illustre l'apport que peut représenter

cette approche pour la recherche et l'action en santé publique, celui-ci l'ayant intégrée à chacune de ses étapes, de son développement à son évaluation.

► **L'empowerment des patients : La révolution douce en santé**

FAYN, M.G.

2025

Rennes, Presses de l'E.H.E.S.P.

Cet ouvrage propose une plongée unique dans le processus d'empowerment des patients : comment la vulnérabilité individuelle, loin d'être un frein, devient une force collective capable de transformer durablement notre système de santé. À travers des récits inspirants de patients engagés et l'analyse des stratégies mises en œuvre par plus d'une vingtaine d'associations de malades chroniques, l'auteure démontre la puissance de l'action collective, nourrie par l'expérience vécue, l'acquisition de savoirs et la créativité. Ce livre met en lumière la capacité des patients à s'organiser, à co-construire des alternatives, à enrichir la recherche et à faire évoluer pratiques de soins et d'accompagnement. Il s'adresse aux professionnels de santé, en formation comme en exercice, ainsi qu'aux institutions qui souhaitent impliquer davantage les patients dans leurs décisions. Véritable guide de réflexion et d'action, il invite à reconnaître et soutenir ces dynamiques collectives, véritables moteurs d'innovation sociale et de démocratie en santé (4^e de couv.)

► **Social Connections and Loneliness in OECD Countries**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/10/social-connections-and-loneliness-in-oecd-countries_d6404192/6df2d6a0-en.pdf

Social connections – how people interact with and relate to one another – have far-reaching effects on health, employment, education and civic engagement. This report builds on findings from the OECD’s flagship well-being publication, *How’s Life?*, to provide an in-depth overview of social connectedness across OECD countries, expanding the evidence base on this emerging policy priority. Drawing from newly

combined, large sample size official data sources, it compares the quantity and quality of social connections across population groups, and tracks how these outcomes have developed over time. Findings reveal that (1) people are meeting in person less frequently than in the past, while self-reported feelings of connection have only recently shown signs of worsening in the context of the COVID-19 pandemic; (2) men and young people – groups previously considered at lower risk – have seen some of the largest deteriorations; (3) deprivations in social connection often overlap with socio-economic disadvantage, living alone and older age; and (4) the drivers of social connections are complex and span socio-economic, environmental and structural factors. This report explores social infrastructure and digital technologies as two examples of drivers of (dis)connection that can be targeted by policy.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Guide de la médiation en santé**

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ GRAND EST

2025

Nancy, A.R.S. Grand Est

https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2025-06/PRAPS_GE_Guide_m%C3%A9diation_en_sante_pages_2025.pdf

Ce guide a été conçu pour et avec des professionnels et des institutions engagés sur le terrain de la médiation en santé, dans le cadre des travaux du Groupe de travail PRAPS Grand-Est. Il constitue un socle synthétique commun des grands principes et points de vigilance relatifs à la médiation en santé. Il ne s’agit donc pas d’une revue exhaustive de la littérature existante sur la médiation en santé. Il rassemble des informations et des outils qui pourront être ajustés en fonction des besoins des acteurs (porteurs d’actions ou porteurs futurs) et des évolutions des usages, des politiques du territoire et de la réglementation en la matière. Ce guide a pour objectif de favoriser la mise en œuvre qualitative d’actions ou projets de médiation en santé conformes au référentiel de la HAS. Il a été conçu pour fournir des repères et outils pratiques aux professionnels et aux institutions souhaitant développer ou soutenir ce type d’initiatives.

► **Social Costs of Work Disruptions: Evidence from Physicians and their Patients**

AGHA, L., SHENHAV, N. ET WAGNER, M.

2025

NBER Working Paper 34360. Cambridge, N.B.E.R.

<https://www.nber.org/papers/w34360>

Work disruptions among women are common and costly for workers and firms, but do consumers also shoulder some of these costs? We study the impact of physicians’ births—a large, temporary shock to women’s labor supply—on their patients’ access to care, using administrative Medicaid claims data from California. Female physicians reduce their office visits by 85% in the quarter after giving birth, but return nearly to pre-birth levels within two years. These supply disruptions generate persistent effects on child patients: those whose primary care physician gives birth are less likely to see their usual physician for up to two years and receive less preventative care, including a 50% reduction in vaccination claims and a 42% reduction in lead testing. In contrast, we find little impact on adult patients. The lasting effects on children coincide with fewer pediatrician encounters

overall, consistent with limited availability of substitute providers and the central role of pediatricians in monitoring children's preventative care. Our findings demonstrate how shocks to women's labor supply can generate persistent consumer welfare losses.

► **Time Constraints and the Quality of Physician Care**

ALQUEZAR-YUS, M.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5511141

This paper studies how easing time constraints improves workers' performance and output quality. I build a unique, high-frequency administrative dataset containing time use data on all physicians in an outpatient department. I leverage a natural experiment by which physicians, when randomly affected by a cancellation, spend unexpected extra time with their next patient. I find that longer visits lead to improved care, evidenced by more detailed diagnoses, increased testing intensity, and lower drug prescriptions. I also find long-term health effects, measured by fewer hospital readmissions. These findings highlight that relaxing workers' time constraints significantly enhance their productivity and output quality.

► **The Great Escape: Physicians Leaving the Public Sector**

BERTOLI, P. ET GREMBI, V.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5721814

In many countries, public healthcare systems are facing the unprecedented challenge of attracting new physicians and retaining existing physicians. Given that the role of noneconomic factors in responding to such a challenge is as important as the role played by economic factors, we use outbreaks of healthcare scandals from 2000 to 2020 in approximately 100 Italian provinces to address the impact of perceived corruption on the density of public hospital physicians. The outbreak of a scandal is associated with a 3.6% decrease in the presence of public hospital physicians. The effect is explained mainly by so-called supply-side drivers, such as ethical concerns (i.e., a scandal related to a malprac-

tice case), a lack of motivation in the workplace, concerns about the high salience of the scandal (e.g., more media coverage), and more outside options. Demand side drivers, such as a lower level of trust on the patient side, which affects the patient distribution and, indirectly, the physician distribution, do not seem to play a crucial role within the institutional setting analyzed. Our results are robust to different staggered DID estimators, the inclusion of trends to capture potential time-varying attitudes toward corrupt behaviors, and the inclusion of variables that are expected to affect both the density of public hospital physicians and the occurrence of scandals. Healthcare scandals do not seem to affect the density of other types of civil servants, such as teachers or firefighters.

► **Quels effets d'une revalorisation du tarif des consultations médicales sur l'offre de soins**

CHONE, P. ET WILNER, L.

2025

Notes de l'IPP (118). Paris, IPP

<https://www.ipp.eu/actualites/quels-effets-dune-revalorisation-du-tarif-des-consultations-medicales-sur-loffre-de-soins/>

En effet, le prix d'une consultation chez un médecin généraliste conventionné en secteur 1 a été augmenté de 23 à 25 euros au 1^{er} mai 2017. Cette hausse de prix a été décidée par l'Assurance maladie en accord avec les représentants des médecins, à l'issue de la Convention médicale d'août 2016, afin d'aligner progressivement les honoraires médicaux sur ceux des pays comparables de l'OCDE. Cette « expérience naturelle » permet d'évaluer l'impact causal d'une augmentation des tarifs médicaux sur un ensemble d'indicateurs relatifs à l'offre de soins. Les résultats suggèrent que la hausse des tarifs n'a que peu affecté la fréquence à laquelle les patients se rendent chez leur généraliste, mais qu'elle a conduit les praticiens concernés à voir davantage de patients chaque mois, en augmentant tant le nombre de patients vus chaque jour que le nombre de jours travaillés par mois. L'impact de cette mesure est particulièrement prononcé pour les médecins de moins de 40 ans. On observe par ailleurs une baisse des prescriptions de médicaments par patient, en moyenne, après la revalorisation tarifaire. Si la mesure a certes coûté davantage à l'Assurance maladie, ce surcroît de dépenses résulte de la seule augmentation du nombre de patients : de légères économies ont été réalisées au niveau de chaque patient.

► **Les aides à l'installation des médecins libéraux**

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-aides-linstallation-des-medecins-liberaux>

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, faisant suite à une suggestion de la plateforme de participation citoyenne, la Cour des comptes a analysé les aides publiques dont peuvent bénéficier les médecins libéraux en raison de leur installation, ou de l'exercice de leurs fonctions, dans des zones identifiées comme prioritaires par les pouvoirs publics. La Cour a examiné le régime de ces aides et s'est efforcée d'en mesurer les effets au regard des objectifs qu'elles poursuivent. La période examinée s'étend de 2016 à 2023, certaines de ces mesures étant pluriannuelles et leurs effets attendus sur une certaine durée.

► **Nurse Practitioner Training and Local Medical Provider Supply**

GRUBER, A.F., VAN SANDT, A.T. ET LOVERIDGE, S.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5459727

The Nurse Practitioner (NP) workforce expanded rapidly from 2010-2023, especially in rural counties, where patients today are nearly as likely to receive care from an NP as from a physician. At the same time, rural health outcomes and access to health care continue to worsen relative to urban areas. Empirical research on how NPs interact with or substitute for physicians remains limited. This paper exploits county-level openings of graduate nursing programs to test how they impact the local supply of NPs and primary care physicians. Using data from the Integrated Postsecondary Education Data System (IPEDS) and Area Health Resource File (AHRF), we estimate staggered difference-in-differences frameworks. We show that new graduate programs in Health Professional Shortage Area (HPSA) designated counties are particularly effective in translating program completions into increased NP supply. We find that over the decade after a program first graduates students, 30% of students remain in the county, increasing the level of NPs by as much as 8% annually in HPSA counties. We show positive spatial spillover effects for rural counties nearby a county with

a new program. We find no adverse impact of local NP increases on the number of primary care physicians, suggesting that broader access to NP education boosts the local supply of providers overall. This paper illustrates the importance of rural medical education in increasing local access to primary care providers and in addressing existing inequities in access to care.

► **La délimitation des territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un prisme d'analyse des enjeux de pouvoir dans la réforme de l'organisation des soins de ville**

HAY, E.

2025

Paris, Faculté de médecine de Paris

<https://www.irdes.fr/recherche/theses-et-memoires/these-hay-emmanuel-la-delimitation-des-territoires-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts.pdf>

L'éclatement de l'offre de soins de ville est une caractéristique historique du système de santé français. Le manque de coordination du monde libéral est identifié par les pouvoirs publics comme un nœud de ce problème auquel les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), introduites en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, doivent répondre. Le déploiement rapide de ce dispositif censé émaner du terrain par lequel des professionnel·les de santé contractualisent avec les tutelles locales (Caisses primaires d'Assurance maladie et Agences régionales de santé) s'inscrit dans une dynamique plus globale de territorialisation de l'action publique. Le cadre réglementaire volontairement souple des CPTS, notamment concernant leur territoire, favorise l'enrôlement des libéraux, en particulier médecins, dans ce mouvement « d'injonction à la spontanéité » qui doit permettre de relier les soins de ville au reste du système de santé. Que dit l'investissement des processus de délimitation des CPTS par les libéraux de la transformation de leurs relations, entre eux et avec les tutelles ? Cette thèse s'intéresse à la phase initiale (2019-2023) du déploiement des CPTS, et repose sur une enquête qualitative réalisée en 2023 et 2024 dans et autour de 13 CPTS (dont 4 de manière approfondie) situées dans quatre régions françaises. Elle est composée d'une cinquantaine d'entretiens semi-directifs menés avec des porteurs-euses de projet de CPTS, des agent·es d'administration et d'autres acteurs de cet écosystème (hôpitaux, bureaux d'études, collectivités territoriales),

complétés par l'étude d'un corpus documentaire. Le concept « d'objet-frontière » permet d'éclairer le rapprochement d'acteurs aux conceptions et intérêts hétérogènes. Les CPTS se structurent principalement autour de leaders, habitués des instances représentatives et des réformes organisationnelles. À l'inverse, établissements sanitaires et médico-sociaux, collectivités territoriales et usagers sont laissés à l'écart. Autour de ces leaders gravitent des petits groupes de porteurs-euses reliés par des proximités spatiales (institutionnelles, cognitives, organisationnelles, sociales), et animés par des motivations diverses : prolonger le mouvement pluriprofessionnel initié par les maisons de santé ou, au contraire, défendre le modèle libéral classique. Quatre logiques principales ressortent des processus de délimitation : le poids des relations et organisations préexistantes, l'approche par le bassin de vie et ses usages de soins, l'effet de la taille du territoire, la prise en compte de contraintes extérieures et de l'implantation de partenaires (l'intercommunalité principalement). Ces dynamiques, combinées dans des proportions variables selon les cas, transforment progressivement la manière dont la petite part de libéraux impliqués dans ce mouvement perçoit son rôle social, mais l'évolution des relations avec les tutelles est plus large. En effet, l'hypothèse d'un cadre réglementaire progressivement plus contraignant, à l'image de celui des intercommunalités, suggère une interdépendance croissante entre libéraux et avec leurs partenaires. La mise en place de coopérations informelles en inter-CPTS signe que l'appropriation du territoire par les professionnelles de santé se poursuit (voire débute) au-delà de la phase de création des CPTS.

► Les communautés professionnelles territoriales de santé

IMBERT, C. ET JOMIER, B.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2025/r25-032-notice.html>

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) bénéficient, depuis 2019, d'un soutien opérationnel et financier important des pouvoirs publics. Dans ce contexte, la Mecss a souhaité étudier la pertinence des fonds qui leur sont consacrés. À l'issue de leurs travaux, les rapporteurs appellent à renforcer le contrôle financier des CPTS et à favoriser leur contribution effective à l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires.

► Public Payment Mandates and Provider Supply

PACKHAM, A. ET SLUSKY, D.

2025

IZA Discussion Paper; 18149. Bonn, I.Z.A.

<https://docs.iza.org/dp18149.pdf>

Public insurance reimbursement policies shape the structure and reach of healthcare markets. In this study, we examine the 1980 federal Medicaid mandate requiring states to reimburse Certified Nurse-Midwives, one of the first reforms targeting non-physician providers. We find the mandate increased midwife-attended deliveries by 1.1 percentage points, an 80% rise, adding about 1,100 midwife births annually per state by 1985. We also document a geographic expansion of midwife services into unserved areas and increased hospital employment, consistent with supply-side labor market responses. Our findings demonstrate that reimbursement mandates directly alter healthcare delivery by expanding provider use and reshaping the workforce.

► Evaluation des gouvernances des CPTS : Grand Est

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX GRAND EST

2025

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

<https://www.urpsmlgrandest.fr/cpts/gouvernances-des-cpts-etude-2025.html>

Six ans après les premières créations de CPTS, l'Union Régionale des Professionnels de santé Médecins Libéraux Grand Est a souhaité dresser un état des lieux précis des gouvernances des CPTS. Lors de la création d'une CPTS, la part totale des médecins dans son Bureau était de 46 % en 2018, contre 27 % en 2024, pour atteindre 20 % sur certaines CPTS créées plus récemment. Si la gouvernance s'est naturellement ouverte en devenant davantage pluriprofessionnelle, on peut craindre un désengagement progressif de médecins. Les récentes propositions d'évolutions (projet de « Réseau France Santé », future renégociation de l'avenant à l'ACI CPTS en 2026) pourraient conduire à accentuer cette tendance et ainsi priver ces structures d'une présence médicale.

Systèmes de santé

Health Systems

► Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2025_2f564c6c-fr.html

Le Panorama de la santé présente un ensemble complet d'indicateurs relatifs à l'état de santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les pays Membres de l'OCDE, dans ses Partenaires clés et dans les pays candidats à l'adhésion. Ces indicateurs portent sur l'état de santé, les déterminants non médicaux et les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins et leur qualité, les dépenses de santé et les ressources des systèmes de santé. L'analyse s'appuie sur les statistiques nationales officielles comparables les plus récentes et sur d'autres sources. Outre une analyse par indicateur, un chapitre de synthèse fait le point sur les performances comparatives des pays et les grandes tendances. La présente édition du Panorama de la santé comprend un chapitre thématique sur les hommes et les femmes face à la santé, avec un déficit chronique et un poids important des dépenses publiques qui s'accompagne d'une fiscalité élevée et d'un endettement en hausse. L'importante complexité des systèmes et institutions souligne le besoin d'accélérer les efforts de simplification. Le gouvernement a entrepris une série d'importantes réformes structurelles favorables à la croissance et en envisage encore d'autres. Les considérations sociales n'ont pas été négligées, et des mesures ont été prises pour améliorer l'équité du système éducatif et l'insertion professionnelle des jeunes. Amplifier ces efforts permettrait de relancer la croissance et donc d'améliorer les niveaux de vie et de bien-être. Le soutien public nécessaire à ces réformes se manifesterait si elles sont aussi perçues comme un moyen de promouvoir l'égalité des chances (version française abrégée et version anglaise complète).

► Multi-Dimensional Scaling of Healthcare System Profiles and Pandemic Outcomes in Cuba, Spain, Italy, and Germany

ORLANDO, G.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5598975

Objectives: To examine how baseline health risks in Cuba, Spain, Italy, and Germany relate to COVID-19 mortality trajectories and to identify system features associated with better outcomes. While previous comparative studies have emphasised GDP levels or hospital capacity, few have systematically linked baseline health risks and health-system models to pandemic trajectories; this study addresses that gap. Study design: Cross-country observational study of four contrasting health system models using publicly available secondary data (Cuba: state-socialist; Spain/Italy: Mediterranean welfare states; Germany: corporatist Bismarckian). Methods: We applied Multi-Dimensional Scaling (MDS) in two complementary stages: (i) a cross-sectional map of Baseline Health Indicators (BHI; eight pre-pandemic variables), and (ii) a trajectory-based map of Pandemic Trajectory Metrics (PTM; monthly reported indicators, 2020-2023) using correlation distance. Results: The BHI stage revealed distinct pre-pandemic configurations: Cuba separated on higher cardiovascular mortality and male smoking; Spain on elevated female smoking; Italy on older age structure and higher population density; and Germany on demographic pressures with higher diabetes prevalence. In the PTM stage, Cuba recorded the lowest cumulative COVID-19 mortality among the four (776 deaths per million), whereas European countries reached 2,070-3,261 deaths per million. Conclusions: The two-stage design clarifies how baseline risk profiles relate to pandemic trajectories. The Cuba-Europe separation is stable under the perturbations examined, while within-Europe distances are more variable; accordingly, we refrain from ranking Italy, Spain, and Germany. Reduced separability among the European cases is consistent with increasing financialization/marketisation and policy convergence in their health systems, which may compresses structural differences in delivery and epidemic response and thus limits discrimination in the PTM space at our sample size and resolution.

Occupational Health

► **Analyse des conditions de travail des agents du nettoyage et de leurs impacts sur leur santé : Avis de l'Anse**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE
2025

Maisons-Alfort, Anses

<https://www.anses.fr/system/files/CONSO2019-SA-0017-RA.pdf>

Essentiel mais souvent invisibilisé, le travail des agents du nettoyage les expose à de multiples risques professionnels : intensité physique du travail, horaires décalés, travail isolé, produits chimiques, agents biologiques. Dans une expertise dédiée à ce secteur, l'Anses démontre que la combinaison de ces risques impacte fortement la santé physique et mentale des travailleurs et surtout travailleuses. En effet, ces agents sont en majorité des femmes, par ailleurs souvent en situation de précarité économique et sociale. L'Agence propose des mesures spécifiques pour mieux protéger la santé au travail de ce secteur.

► **La reconnaissance des maladies professionnelles**

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-reconnaissance-des-maladies-professionnelles>

La Cour des comptes a conduit une enquête sur la reconnaissance des maladies professionnelles depuis 2020, couvrant le régime général, le régime agricole et la fonction publique. En 2023, plus de 85 000 maladies professionnelles ont été reconnues, dont une majorité de troubles musculosquelettiques. Leur coût global pour la collectivité est en forte progression : le coût des maladies reconnues et indemnisées a atteint 3 Md€, tandis que le phénomène de sous-déclaration, massif, met en outre à la charge de la branche maladie, déjà très déficitaire, un montant élevé de dépenses qui auraient dû relever de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

► **Huit agents de la fonction publique sur dix se déclarent en « bonne » santé : Le bien-être psychologique des agents de la fonction publique en 2023**

CARUSO, A. ET STERCHELE, C.

2025

Paris, Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/toutes-les-publications/la-sante-et-le-bien-etre-psychologique-des-agents-publics>

Selon l'enquête Emploi, en 2024, la très grande majorité des agents de la fonction publique se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé (81 %), un niveau comparable à celui des salariés du secteur privé (82 %). Parmi les agents de la fonction publique, 28 % déclarent souffrir d'une maladie chronique ou d'un problème de santé durable, une proportion légèrement supérieure à celle du secteur privé (25 %). Par ailleurs, 4 % des agents déclarent être fortement limités dans leurs activités quotidiennes pour des raisons de santé, et 12 % évoquent des limitations modérées.

► **État de santé des actifs du monde agricole et des indépendants en 2022 et évolution de l'activité professionnelle par rapport à avant la pandémie de Covid-19**

MARCHAND, J.L. ET GEOFFROY-PÉREZ, B.

2025

Saint-Maurice, Santé Publique France. (Études et enquêtes)

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/covid-19/documents/enquetes-etudes/etat-de-sante-des-actifs-du-monde-agricole-et-des-independants-en-2022-et-evolution-de-l-activite-professionnelle-par-rapport-a-avant-la-pandemie-d>

Santé publique France a réalisé une enquête durant le second semestre de l'année 2022 auprès des 20 000 travailleurs et ex-travailleurs indépendants non-agricoles et des 27 000 travailleurs et ex-travailleurs du monde agricole recrutés dans les cohortes Coset, afin d'évaluer leur situation en termes de santé et d'activité professionnelle. Il s'agissait notamment de renseigner les évolutions survenues par rapport à avant l'épidémie de Covid-19.

► **Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway**

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

2025

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

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031>

The Mental Health of Nurses and Doctors (MeND) survey, conducted by WHO Regional Office for Europe under a contribution agreement with the European Commission, aimed to explore the mental health, well-being and working conditions of doctors and nurses in the 27 European Union countries plus Iceland and Norway. The survey was disseminated from October 2024 to April 2025 across all 29 countries, obtaining 122 048 responses, of which 90 171 were valid. The findings indicated a high prevalence of mental health conditions and unsafe working conditions – including violence, extended working hours and shift work – across all studied countries. Unsafe working conditions were associated with poorer mental health; conversely, the presence of workplace supports and protective factors was associated with better mental health. Seven policy actions are listed to support Member States in prioritizing action to improve working conditions and monitor progress.

► **Santé mentale au travail : les entreprises françaises n'ont plus le choix de l'attentisme**

RICHER, M. ET MAHE, D.

2025

Paris, Terra Nova

<https://tnova.fr/societe/sante/sante-mentale-au-travail-les-entreprises-francaises-nont-plus-le-choix-de-lattentisme/>

L'enjeu de la santé mentale a été érigé par le gouvernement au rang de « grande cause nationale ». Il occupe les conversations et fait l'objet d'une couverture importante par les médias. Mais, à part quelques brillantes exceptions, il n'est pas entré dans la salle des Comex et des Conseils d'administration. Dans ce rapport, nous mettons en discussion les 7 raisons pour lesquelles cet enjeu doit devenir rapidement une urgence stratégique pour les organisations publiques et privées, une « grande cause nationale de l'entreprise ».

► **Labor Supply Responses to Acute and Chronic Health Shocks among Rural Residents**

XIA, X. ET AN, D.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5557760

Purpose - Health shocks can have profound consequences for middle-aged and older rural residents, disrupting their livelihoods and affecting their ability to participate in the labor market. **Design/methodology/approach** - Based on health capital theory, this paper utilizes data from 4 waves of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) spanning from 2011 to 2018, and develops a PSM-DID model to examine the influence of health shocks on the labor supply of middle-aged and older rural residents. The study further explores the heterogeneous impacts of health shocks on labor supply across various groups by employing a PSM-DDD model. **Findings** - Firstly, health shocks significantly reduce labor supply middle-aged and older rural individuals. Secondly, from the perspective of different types of health shocks, acute shocks significantly reduce labor supply, while chronic shocks significantly increase labor supply, though the result of chronic shocks is not robust. Finally, the impact of health shocks on labor supply shows heterogeneity across different groups, with the negative impact on labor supply being more significant for older and male individuals. However, health shocks significantly promote the labor supply of self-employed individuals. **Value** - The findings provide nuanced evidence for designing targeted social protection policies that alleviate labor vulnerabilities in rural aging populations. In the context of demographic aging, this study highlights the urgent need to address health-related labor vulnerabilities among older rural populations.

Ageing

► Impact de la réforme des retraites de 2010 sur l'équilibre financier de l'assurance chômage

AUBERT, P., BOZIO, A. ET PEDRONO, M.

2025

Paris, I.P.P.

<https://www.ipp.eu/publication/impact-de-la-reforme-des-retraites-de-2010-sur-lequilibre-financier-de-lassurance-chomage/>

Cette étude analyse les effets de la hausse de l'âge minimal légal de départ en retraite de 60 à 62 ans, induits par la réforme de 2010, sur les trajectoires professionnelles et les équilibres budgétaires de l'assurance chômage et du système de retraite. Ce type de réforme a pour objectif de prolonger la carrière des seniors pour diminuer les dépenses de retraite et accroître les cotisations sociales, mais la réforme peut augmenter le recours à d'autres dispositifs comme l'assurance chômage. Nous appliquons une méthode des doubles différences sur données administratives, comparant les générations 1950 et 1954. Les résultats montrent une hausse du chômage indemnisé entre 60 et 62 ans, due principalement à un allongement de la durée d'indemnisation des chômeurs, augmentant les dépenses. Simultanément, la réforme a accru l'emploi entre 60 et 62 ans, augmentant les cotisations sociales. Des effets positifs sur l'emploi avant 60 ans sont observés, notamment pour les salariés en fin de carrière stable dans de grandes entreprises. L'impact global sur le solde financier annuel de l'assurance chômage est négatif mais très faible: au maximum 36 millions d'euros, les hausses de recettes compensant le surcoût dû à la hausse du nombre de personnes indemnisées par l'Assurance chômage.

► Caring Connections in Italy: The Role of Immigrant Caregivers in Improving the Welfare of Elders and Reducing Public Health Costs

CAPRETTI, L., KOPINSKA, J.A. ET DASI MARIANI, R.

2025

IZA Discussion Paper, 18188. Bonn, I.Z.A.

<https://docs.iza.org/dp18188.pdf>

We examine the impact of migrant-provided home-

based care on elderly health in Italy, focusing on hospitalisation frequency, length of stay, and mortality. To address potential endogeneity between local health conditions and immigrant settlement, we use an instrumental variable approach. Our results show that a higher supply of migrant caregivers reduces both the frequency (extensive margin) and duration (intensive margin) of hospital admissions. One percentage point increase in the immigrant-to-elderly population ratio leads to a 4% decline in long-term and rehabilitation inpatient admissions, with no effect on acute inpatient. We also find a 1.5% reduction in average admission duration, rising to 3.3% for LRI cases. These effects are primarily driven by diagnoses related to traumatic injuries, musculoskeletal and genitourinary conditions—areas closely linked to home-based mobility and care management. Back-of-the-envelope calculations suggest that the observed 1.3 percentage point average annual increase in the migrant-to-elderly ratio during our study period corresponds to an estimated 9% reduction in elderly LRI hospitalisation costs, yielding annual public savings of approximately 0.66% of total hospitalisation expenditures.

► Évaluation de la transformation organisationnelle de services autonomie à domicile en équipes locales et autonomes

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2025

Paris, C.N.S.A.

<https://www.cnsa.fr/publications/evaluation-de-la-transformation-organisationnelle-de-services-autonomie-domicile-en>

Le secteur de l'aide à domicile connaît aujourd'hui de profondes transformations, portées par l'émergence de nouveaux modèles organisationnels. Cette synthèse en analyse les effets et les enseignements, à partir de trois travaux majeurs soutenus par la CNSA.

► **Guide thématique et méthodologique : Construire une politique publique de lutte contre l'isolement des personnes âgées**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2025

Paris, C.N.S.A.

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-11/PUB-Guide-lutte-contre-isolement_VF.pdf

Ce guide cible tout particulièrement les départements et les collectivités locales pour les aider à structurer leur politique publique de lutte contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants sur leur territoire. Entre mars et juillet 2024 des ateliers de travail ont été proposés aux institutions et associations qui interviennent auprès des seniors. Quatre thématiques ont été abordées : les outils de diagnostic ; la coopération ; l'orientation des âgés et les leviers d'action et enfin la prévention et le repérage des situations d'isolement.

► **Femmes et retraite : le long chemin vers l'autonomie financière**

LE CERCLE DE L'ÉPARGNE

2025

Paris, Le cercle de l'Épargne

<https://cercledelepargne.com/51277-2>

De plus en plus nombreuses, au fil des générations, à participer au marché du travail, les femmes représentent une part croissante des retraités de droits directs affiliés à un régime de retraite en France. Fin 2023, selon le rapport « Les retraités et les retraites – Édition 2025 » publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en juillet, les femmes représentaient 53 % des 17,2 millions de retraités de droit direct affiliés à un régime de retraite français contre 50,8 % en 2004. Si cette progression traduit l'évolution du rôle économique et social des femmes, elle met également en lumière la persistance d'inégalités structurelles en matière de revenus et de pension. L'allongement de la durée de vie, les carrières plus fragmentées et la moindre capitalisation dans les dispositifs d'épargne retraite rendent les femmes particulièrement vulnérables face à la perspective du départ à la retraite.

► **700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050**

DUFÉUTRELLE, J., PUCHER, O. ET LOUVEL, A.
2025

Paris, I.N.S.E. (Insee première 2078)

En 2021, parmi les 18 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant en France, plus de 2 millions sont en perte d'autonomie, dont un tiers en perte d'autonomie sévère. Dans une trajectoire démographique et sanitaire médiane, le nombre de seniors en perte d'autonomie augmenterait jusqu'aux années 2050 pour approcher 2,8 millions. C'est la conséquence directe du vieillissement de la population – les seniors devenant à la fois plus nombreux et en moyenne plus âgés – atténuée par l'amélioration de l'état de santé à âge donné. Deux périodes se succéderaient jusqu'aux années 2050, avec une hausse du nombre de seniors en perte d'autonomie d'abord forte jusqu'au début des années 2030, et ralentie ensuite. Au-delà, la population des seniors en perte d'autonomie se stabiliserait et entamerait une légère décroissance à l'horizon des années 2070.

► **The Impact of Macroeconomic Conditions on Long-Term Care: Evidence on Prices**

GEYER, J., HAAN, P. ET TESCHNER, M.
2025

Berlin School of Economics Discussion Papers 80.
Berlin, Berlin School of Economics

https://opus4.kobv.de/opus4-hsog/frontdoor/deliver/index/docId/5988/file/BSoE_DP_0080.pdf

The price of institutional long-term care is a key determinant of the demand for both formal and informal long-term care. In this paper, we examine how the regional unemployment rate as a proxy for macroeconomic conditions influences these prices. Our analysis draws on administrative data that provide detailed information on all nursing homes and ambulatory care services, as well as all recipients of long-term care benefits in Germany. For identification, we exploit variation in macroeconomic conditions - measured by district-level unemployment rates over time - using a panel data approach with facility and time fixed effects. Our empirical findings indicate that higher unemployment rates lead to increased prices for permanent long-term care, including accommodation and meal costs in nursing homes. We provide evidence for the mechanisms underlying these price effects. While we find no significant impact of macroeconomic conditions on employment, working hours,

or quality of care in nursing homes, our results suggest that higher unemployment rates raise nursing home prices through changes in the composition of patients. Specifically, economic downturns trigger a shift from recipients with lower levels of impairment to those requiring more labor-intensive care. Additionally, we observe a substitution effect, whereby low-impairment patients increasingly opt for ambulatory and informal home care instead of institutional care.

► Propositions du Conseil de l'âge pour un plan de lutte contre l'âgisme

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/11__propositions_pour_un_plan_de_lutte_contre_l_agisme.pdf

À l'issue d'un cycle de travaux et de publications, le Conseil de l'âge a adopté des propositions pouvant inspirer ou intégrer un plan de lutte contre l'âgisme, qu'il appelle de ses vœux. Le Conseil présente dix mesures structurées en quatre axes, visant à mieux connaître les réalités du vieillissement, nuancer les représentations sociales qui lui sont associées, favoriser l'engagement des seniors et préparer les institutions à une société de la longévité. En intégrant la question de l'âgisme dans les politiques publiques nationales et territoriales, et dans un contexte de risque de « fracture » générationnelle, le Conseil de l'âge propose des mesures pouvant contribuer à une société plus fraternelle entre les âges, et mieux préparée à entrer dans la transition démographique.

► Unpaid care in the EU

NIVAKOSKI, S. ET BAGGIO, M.

2025

Dublin, Eurofound

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/unpaid-care-eu>

As countries face increasing pressure when it comes to providing care services, unpaid caregivers make an invaluable contribution. Care is needed at all ages of life, particularly when individuals face health issues or disabilities. The majority of care is provided within families, without financial compensation. This report investigates the situation of unpaid carers, focusing on their characteristics and the type of care and support

they provide. It also looks at their time-use patterns, their well-being and the challenges they encounter. The report analyses how unpaid caregivers are defined across the EU and examines national-level policies aimed at supporting them. While the analysis covers all unpaid carers, including those providing childcare and long-term care, a specific focus is placed on two groups: young caregivers and those providing multiple types of unpaid care.

► The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, Ocd (OECD Health Policy Studies)

https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-benefit-of-promoting-healthy-ageing-and-community-care_0f7bc62b-en.html

Without a stronger focus on healthy ageing, population ageing will have a strong impact on health and long-term care expenditures. This report discusses how a stronger focus on preventive interventions and rehabilitation helps promote healthy ageing. It highlights that promoting healthcare closer to people and more integrated care are cost-effective interventions for older people. Appropriate and adapted housing and sufficiently affordable home care are also necessary to ensure that people can age well at home. Yet, for some older adults, social isolation calls for innovative community solutions to be developed such as expanding day care and communal living with services.

► L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

PICHETTI, S., PERRONNIN, M. ET PENNEAU A.

2025

Questions d'économie de la santé (302)

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/qes-302-l-appui-des-aidants-familiaux-influence-t-il-la-qualite-des-prescriptions-de-benzodiazepines-chez-les-personnes-atteintes-de-la-maladie-d-alzheimer.html>

En France, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites aux personnes âgées pour traiter l'anxiété et l'insomnie, alors qu'elles sont associées à de nombreux effets indésirables : risque accru de chutes,

troubles cognitifs, troubles de la mémoire, risque de dépendance. Deux configurations de prescription sont potentiellement inappropriées pour les patients âgés : la prescription de benzodiazépines à longue durée d'action et les prescriptions pour une durée supérieure à trois mois. Notre étude s'intéresse à la prescription de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) vivant à domicile, en éclairant le rôle joué par les aidants familiaux. Ces derniers sont souvent amenés à coordonner les soins pour leurs proches : premiers observateurs de la santé des séniors qu'ils accompagnent, ils peuvent organiser des consultations chez le médecin généraliste, auxquelles ils assistent souvent, et fournir des informations qui peuvent guider le médecin dans sa prescription. Recevoir de l'aide familiale pour réaliser les démarches médicales (aide à la prise des médicaments, programmation de rendez-vous) est associé à une probabilité plus élevée d'obtenir des prescriptions de benzodiazépines à longue durée d'action (+21,7 points), mais n'a en revanche pas d'effet sur les prescriptions de benzodiazépines pour une durée de plus de trois mois, qui restent fréquentes (4 personnes sur 10) quelle que soit l'aide familiale reçue. Les prescriptions plus élevées de benzodiazépines à longue durée d'action, qui ne sont normalement pas adaptées aux personnes âgées, pourraient s'expliquer par l'information transmise par les aidants lors de la consultation, concernant notamment les troubles anxieux ou l'insomnie, et par leur volonté de mettre en place une solution pour y remédier. Cette hypothèse est confortée par les résultats en fonction des profils d'aidant, qui montrent des prescriptions plus fréquentes lorsque celui-ci partage, et donc observe, le quotidien de la personne âgée, parce qu'il est en couple ou co-habitant avec elle. Il est nécessaire de renforcer l'information sur les risques liés aux benzodiazépines auprès de l'ensemble de la population française, tout en développant des traitements non médicamenteux, scientifiquement reconnus et accessibles, afin d'offrir aux médecins des alternatives pour traiter les troubles anxieux et du sommeil.

► **Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2023**

SCHWEITZER, C.
2025

Paris, D.R.E.E.S. (Études et résultats 1351)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/251104_ER_etablissements-hebergement-personnes-agees

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie les premiers résultats de sa dernière enquête sur les personnes fréquentant un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivant fin 2023. Elle décrit les caractéristiques des personnes accueillies, leur niveau de perte d'autonomie et les types de structures qu'elles fréquentent. Cette étude s'accompagne de la mise en ligne de jeux de données portant sur les résidents et le bâti de ces établissements, en plus des tableaux sur les structures et les personnels qui travaillent dans ces établissements déjà publiés.

► **Les déterminants de la coordination et de la coopération dans le champ de la prise en charge du grand âge en France. Revue de la littérature**

STAHL, E.
2025

Paris, Presses de Sciences Po

<https://sciencespo.hal.science/hal-05156838v1>

Cette revue de la littérature sociologique porte sur la coopération et la coordination dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, en se concentrant notamment sur les conditions qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de dynamiques collaboratives entre professionnels du médico-social. La revue explore la distinction entre coordination (souvent imposée et ponctuelle) et coopération (basée sur des échanges réciproques et durables), et met en évidence le manque de consensus sur ces définitions dans la littérature. Elle identifie trois grands groupes de déterminants influençant la coordination : les conditions matérielles d'exercice, les origines et modalités de mise en place des dispositifs, et le contexte organisationnel du déploiement.

► **Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur : Mise à jour 2024 du modèle conceptuel du vieillissement en santé**

TOURIGNY, A., GERVAIS, M.J. ET MALTAIS, M.
2024

Québec, I.N.S.P.Q.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-06/3501-modele-actions-conditions-favorables-sante-personnes-veillissantes.pdf>

Le présent rapport d'analyse rend compte des résultats la démarche de mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé (VES) initialement publié dans le document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal et al., 2008). Le modèle actualisé s'inscrit dans la perspective de soutenir la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et dans celle d'agir pour la population vieillissante dans toute sa diversité. Tout comme sa version précédente, ce modèle propose des pistes pour agir simultanément à l'échelle des personnes, des milieux de vie, des communautés et des environnements. Il réunit en un tout cohérent des concepts, des stratégies et des mesures pertinentes pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes et de la population vieillissantes.

► Recueil statistique – Édition 2025

VAUVRAY, L. ET HUREAU, P.

2025

Paris, C.N.A.V.

<https://www.statistiques-recherche.lassuranceretraite.fr/recueil-statistique-edition-2025/>

Ce recueil statistique présente les données relatives aux assurés touchant une prestation de l'Assurance retraite au 31 décembre 2024 et aux nouveaux retraités, qu'ils perçoivent une retraite personnelle, une retraite de réversion, une allocation de solidarité aux personnes âgées... Il s'attache tout particulièrement à documenter et expliquer les évolutions constatées sur les 20 dernières années, telles que l'impact de la démographie ou encore des modifications de la législation retraite. Il illustre également les spécificités du régime général (dispositifs particuliers, analyse géographique incluant l'étranger...).

► Ageing and Health Care Expenditure Growth

WESTERHOUT, E.

2025

Center Discussion Paper 2025-013. Le Tilburg,
Center for Economic Research

<https://repository.tilburguniversity.edu/server/api/core/bitstreams/a0a52f15-0f99-4603-b318-2ed974998bd0/content>

health care expenditure in many countries. Common wisdom suggests that the impact of ageing upon health care expenditure growth is modest; the bulk of health care expenditure growth is due to continued medical-technological progress. Accounting for the relations between demography, health insurance and medical-technological progress produces a different picture. It increases the role of demography and that of health insurance. The implication is that, if current health care policies remain unchanged, health care expenditure will continue to grow faster in the future than common wisdom suggests.

The ageing of populations continues to put stress on

Index des auteurs

Author index

A

Agence nationale de sécurité sanitaire.....	42
Agence Régionale de Santé Grand Est.....	37
Agha, L.....	37
Alquezar-Yus, M.....	38
An, D.....	43
Andler, R.....	18
Angotti, M.....	29
Antonini, M.....	16
Arambourou, H.....	15
Arrouy, L.....	33
Association Internationale de la Sécurité sociale.....	12
Aubert, P.....	44

B

Basu, S.....	22
Belles-Obrero, C.....	24
Benenati, S.....	33
Ben Hmidene, G.....	26 , 32
Bergeron, H.....	36
Bertoli, P.....	38
Boisguerin, B.....	22
Bolotnyy, V.....	34
Bourdillon, F.....	33
Bozio, A.....	44
Bronsard, G.....	33
Brucker, G.....	33
Bruneau, N.....	33
Brunton, J.....	28

C

Caisse nationale de l'Assurance maladie.....	9
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	44 , 45
Campos-Mercade, P.....	13
Caplette, C.....	33
Capretti, L.....	44
Carre, B.....	9
Carter, A.J.....	11

Caruso, A.....	42
Castelli, A.....	23
Castel, P.....	36
Chalkley, M.....	23
Chone, P.....	38
Chorniy, A.....	19
Churchill, B.F.....	31
Coldefy, M.....	35
Collectif Les Morts de La Rue.....	16
Collectif Nos services publics.....	30
Comité d'alerte de l'Ondam.....	9
Commission des comptes de la Sécurité sociale.....	13
Commission Européenne.....	26
Conseil supérieur de la santé.....	34
Cour des comptes.....	13 , 27 , 29 , 39 , 42
Crespin, R.....	36

D

Damon, J.....	13
Dasi Mariani, R.....	44
Davis, J.....	16
Deloget, C.....	25
Desgens-Pasanau, G.....	11
D'Estève de Pradel, A.....	19 , 20 , 21
Deutscher, N.....	16
Doineau, E.....	14
Douchet, M.A.....	16
Dufeutrelle, J.....	45

E

Emanuel, N.....	34
Erel, I.....	27
Eyriey, H.....	34

F

Fayn, M.G.....	36
Fiore, N.M.....	27
Flores, M.....	24
Fondation de l'Académie de Médecine.....	17

G

Gallego-Moron, N.	25
Gandre, C.	35
Garcia-Gomez, P.	24
Garcia Sanchez, P.	24
Gayet, C.	9
Geoffroy-Pérez, B.	42
Gervais, M.J.	47
Ge, S.	27
Geyer, J.	45
Gillaizeau, I.	35
Grace, N.	11
Grembi, V.	38
Gruber, A.F.	39
Guignard, R.	18

H

Haan, P.	45
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.	46
Haut Conseil de la santé publique.	17
Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie.	14
Haute Autorité de Santé.	31
Hay, E.	39
Hureau, P.	48
Husiatynski, M.	14

I

Imbert, C.	40
-----------------	----

J

Jacobs, R.	23
Ji, R.	22
Jomier, B.	40

K

Kallenbach, S.	35
Karthik, K.	9
Kashi, C.	11
Klein, T.J.	14

Kopinska, J.A.	44
Krstic, M.	34

L

Lafont-Rapnouil, S.	35
Laloue, F.	29
Lawler, E.C.	31
Lawn, S.	28
Lecomte, D.	11
Lefrancois, R.	32
Le gouguec, A.	11
Leon, C.	35
Louvel, A.	45
Loveridge, S.	39
Lu, S.F.	10

M

Mahe, D.	43
Maltais, M.	47
Ma, P.	27
Marchand, J.L.	42
Maria rossi, F.	19
Marquet, A.	26
Marre, M.	22
Matus-Lopez, M.	25
Mazumder, B.	16
Médecins du Monde.	25
Meier, A.N.	13
Mellot, R.	22
Mikkers, M.	14
Milhaud Samarina, O.	25
Ministère chargé de la Santé.	12, 29
Moon, J.W.	10
Mouvement du Nid.	26

N

Niemietz, K.	10
Nivakoski, S.	46

O

Observatoire régional de la santé d'Île-de-France.	18
Opatowski, M.	32

Organisation de coopération et de développement économiques	35 , 37 , 41 , 46
Organisation mondiale de la santé.....	18 , 43
Orlando, G.....	41

P

Packham, A.	40
Parlement Européen.....	32
Pasquereau, A.....	18
Pedrono, M.....	44
Penneau A.	46
Perrin, L.	35
Perronnin, M.....	46
Pichetti, S.....	19 , 20 , 21 , 46
Piednoir, E.	26
Pierrard, O.....	24
Poncet Monge, R.....	14
Presses de Sciences Po	30
Pucher, O.	45

R

Raynaud, E.....	11
Reduron, V.....	28
Ribardiere, A.	25
Richer, M.....	43
Roques-Latrille, C.	11

S

Saie, M.....	35
Saintoyant, V.....	29
Santé publique France.....	31
Schneider, F.H.	13
Schweitzer, C.	47
Sess Adiabouah, A.	15
Shenhav, N.....	37
Sirinelli, L.....	35
Slusky, D.....	40
Smith, K.W.	18
Stahl, E.	47
Sterchele, C.....	42

T

Tabuteau, D.....	33
------------------	----

Teschner, M.	45
Tourigny, A.....	47

U

URPS Médecins Libéraux Grand Est.....	40
---------------------------------------	----

V

Van Sandt, A.T.	39
Vauvray, L.	48
Viennot, M.	15

W

Wagner, M.	37
Wang, W.....	22
Welle, P.....	34
Westerhout, E.....	48
Weston, B.....	19
Wilner, L.	38

X

Xia, X.....	43
-------------	----

Z

Zhao, H.	10
---------------	----