

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juillet-Août 2026 / July-August 2026

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-Santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévision-Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Healthcare</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

- 11** How does Medicare Eligibility affect Choice and Utilization? Evidence from Veterans
Aouad, M., Rose, L. et Wagner, T.
- 11** Preventing Avoidable Medicaid and SNAP Coverage Loss: A Benefit Continuity Triage Framework
Barbadillo, M.
- 12** The Long-Run Effects of the Affordable Care Act: Evidence from a Partially Pre-Committed Research Design Over the COVID-19 Recession and Recovery
Clemens, J., Mahajan, A. et Sabia, J.J.
- 12** Les transports de patients à la charge de l'Assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser
Cour des comptes
- 12** L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer
Cour des comptes
- 12** Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables
Cour des comptes
- 13** The Effects of Medicare on Access to Preventive Care and Medication: Evidence from a Regression Discontinuity Design
Datta, I., Lee, S. et Mai, J.
- 13** Avis du Comité d'alerte n°2026-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
Comité d'alerte de l'Ondam
- 13** How Efficient was the Affordable Care Act at Reducing Uninsured Rates?
Gangopadhyaya, A. et Kaestner, R.
- 14** Competition in Health Insurance Markets
Gaynor, M. et Starc, A.

- 14** Understanding Medicaid Managed Care: The Procured Competition Model
Shepard, M. et Wallace, J.

- 14** The Fair Act: A Legislative Framework for Algorithmic Oversight in Health Insurance
Sims, A. et Terkonda, A.

E-santé E-Health

- 15** The Well-Being Effects of Digital Mental Health Care
Angelucci, M. et Fabregas, R.

Economie de la santé Health Economics

- 15** Universal Catastrophic Coverage with Health Savings Empowerment: A Structural Replacement for the ACA (Technical Policy Brief)
Alphson, B.
- 16** Rapport statistique 2024 - Mobilité internationale : les données de la protection sociale
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
- 16** La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026
Cour des comptes
- 16** Certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du CPSTI - Exercice 2025
Cour des comptes
- 17** Has the United States Bent the Health Care Cost Curve?
Cutler, D.M. et Klamet, L.R.
- 17** Paying for Health: Learning from International Experience in Health Financing
Cylus, J., Forman, R., Shuftan, N., et al.

- 17 Profit Regulation and Strategic Transfer Pricing by Vertically Integrated Firms: Evidence from Health Care**
Kakani, P., Yde, E., Kanter, G.P., et al.
- 17 Health Perception Biases and Healthcare Utilization in China: A Longitudinal Approach**
Nie, P., Spitzer, S. et Sousa-Poza, A.
- 18 The Economic Value of Eliminating Cancer**
Philipson, T.J., Zhang, D., Abbasi, S., et al.
- 18 Insurance-Based Disparities in Home Health Care Utilization and Spending: Evidence from a Three-Part Model**
Ramezani, R. et Giertz, S.H.

Environnement et santé *Environmental Health*

- 19 L'évaluation des politiques de santé environnementale**
Hervieu, C.
- 19 Economic Evaluation of the Health Impacts of Climate Action (or inaction): A Deep Dive into Social Cost of Carbon, Value of a Statistical Life, Equity, Macroeconomic Modelling, and Discounting**
Macclancy, C., Oyalo, P., Cubi-molla, P., et al.
- 19 Estimation de la mortalité attribuable à la température dans les départements et régions d'outre-mer**
Pascal, M., Wagner, V. et Corso, M.

État de santé *Health Status*

- 20 Wellbeing, Youth and Survey Mode: Comparisons across 23 Countries Using Three International Datasets**
Blanchflower, D.G. et Bryson, A.
- 20 Usages numériques et santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte : enjeux métrologiques, mécanismes physiopathologiques et stratégies de prévention**
Caron, A. et Bezannier, L.

- 20 Nutrition & obésité : entre urgence de santé publique et encadrement médical éthique**
Conseil national de l'Ordre des médecins
- 21 Thinking versus Doing: Cognitive Capacity, Decision Making and Medical Diagnosis**
Handel, B.R., Heizlsperger, L.J., Knecht, J., et al.
- 21 Global hepatitis report 2026**
Organisation Mondiale de la Santé
- 21 World health statistics 2026: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**
Organisation Mondiale de la Santé
- 22 Profils des consommateurs d'alcool en France hexagonale en 2021 et évolutions des disparités sociales**
Santé publique France

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 22 Piloter la médiation en santé dans les territoires : Cadre national et pratiques inspirantes de pilotage et de coordination des acteurs de la médiation en santé au niveau local**
Agence nouvelle des solidarités actives
- 22 Far, far away municipalities: Has the Italian National Strategy for Inner Areas helped in reducing distances from essential services?**
Bergantino, A.S., Caravaggio, N., Intini, M., et al.
- 23 Accessibilité des patients aux soins de premier recours en France : quelles configurations territoriales ?**
Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G., et al.
- 23 La santé dans les territoires ruraux d'Île-de-France : Analyse descriptive**
Camard, J.P.
- 23 Cartes de France 2026 de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales**
Raynaud, J., Branco, R., Dedes, V., et al.

Handicap Disability

- 24** Les jeunes adultes en situation de handicap accueillis dans les structures pour enfants (Amendement Creton)
Cour des comptes
- 24** Phedre : une enquête inédite pour mesurer l'impact de la prestation de compensation du handicap (PCH) sur les bénéficiaires.
Nafia, H., Espagnacq, M., Pichetti, S., et al.
- 24** Les approches sociales du handicap : Une recherche politique
Winance, M.

Hôpital Hospital

- 25** Hospital Billing Regulations and Financial Well-Being: Evidence from California's Fair Pricing Law
Akosa Antwi, Y., Aouad, M. et Blascak, N.E.
- 25** La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé
Cour des comptes
- 25** What are the Impacts of Certificate-of-Need Laws? A Review of the Evidence
Courtemanche, C. et Garuccio, J.
- 26** Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser
Cour des comptes
- 26** Les transformations des cliniques privées à but lucratif et des parcours de soins
Da Silva, N., Alles, L., Batifoulie, P., et al.
- 26** Urgences : la durée de passage a augmenté en dix ans, particulièrement pour les patients aux parcours les plus longs
Demoly, E. et Deroyon, T.
- 27** Urgences : la moitié des patients attendent moins d'une demi-heure avant le début des soins, mais un sur dix plus de 2 heures 30.
Demoly, E. et Deroyon, T.

- 27** Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2024 : Le salaire net mensuel moyen augmente de 0,7 % en euros constants
Esbelin, L. et Dixte, C.
- 27** Reducing Waste through Anti-Fraud Enforcement: Evidence from Hospital Admission Cases
Howard, D.H. et Leder-luis, J.
- 27** Heart Failure's First Shock and Nurse-Led Chronic Care
Rashidi, M., Connelly, L.B. et Fiorentini, G.
- 28** Quel avenir pour l'hôpital public ?
Revel, N.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 28** Intégrer la vulnérabilité en santé, un enjeu d'équité
Haut Conseil de la santé publique
- 28** Le Défenseur des Droits. Rapport annuel d'activité 2025
Le Défenseur des droits
- 29** Pourquoi et comment étudier l'origine migratoire dans des travaux de santé publique ? Le rôle de l'origine migratoire comme déterminant social de la santé
Lydie, N., Mondeilh, A., Fougere, E., et al.
- 29** Midlife Health and Later Life Economic Inequality
Russo, N., Mcgee, R., De Nardi, M., et al.
- 29** Are Nudges Suitable to Combat Health Inequalities? The Efficacy of Default Nudges in People With Lower Versus Higher Socio-Economic Position
Van Den Bekerom, L., Van Gestel, L., Bussemaker, J., et al.
- 30** Under pressure? Forced migration and public health
Marques, R., Maciel, M. et Zuchowski, D.

Médicaments Pharmaceuticals

- 30** Bilan et évolution du dispositif de régulation du prix des médicaments
Auberger, M., Monteil, S., Bennaceur, I., et al.

30 Médicaments à l'hôpital : [ré]agir pour moins jeter

Comité pour le développement durable en santé

31 La chaîne de distribution pharmaceutique

D'albis, H., Verzat, V., Bourges, A., et al.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

31 Prédire la suite d'un parcours de soins dans le système national des données de santé

Haugomat, T., Manns, A. et Baudet, G.

31 La géographie dans le SNDS

Leroy, C., Thomas, N., Bernard, M., et al.

31 Mathematical Foundations of Health Economics: Arrow, Garber, and the Economics of Medical Uncertainty

Rylow, J.

Politique de santé

Health Policy

32 Parcours coordonnés renforcés : lancement du premier dispositif dédié à l'obésité : Déploiement du premier parcours « Obésité complexe chez l'adulte »

Direction de la sécurité Sociale

32 Rapport d'activité 2025 de la HAS

Haute autorité de santé

32 Programme National Nutrition Santé 2026-2030

Ministère chargé de la Santé

33 Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic

Organisation de coopération et de développement économiques

33 Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques

Or, Z. et Parry, A.

33 Public vs. Private Health Spending in Inclusive Growth: A Structural Model Analysis

Ozdamar, S.

Politique sociale

Social Policy

34 Non-recours au RSA : plus d'un tiers des foyers éligibles ne le percevaient pas fin 2021

Gayet, C.

34 Rapport Dépasse- Démarche Expérimentale pour Accompagner, Soutenir et Soigner les Enfants : Version intégrale phase 1

Kowalczyk, E., Beaucourt, C., Roux, L., et al.

Prévision-Evaluation

Prevision-Evaluation

35 Quel rôle joue l'évaluation environnementale dans les politiques publiques ? Revue de littérature et débats autour de la trajectoire, des effets et des limites d'un instrument majeur

Bezzaz, M., Halpern, C. et Cocard, M.

35 Bilan annuel 2025 du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Haute Autorité de santé

35 Health Impact Assessment in Practice: A Competency Framework for Practitioners

Whitehead, S.

Prévention

Prevention

36 Crises sanitaires : prévenir, anticiper, coordonner

Bonnefond, G. et Caillet, C.

36 Investing in a Healthier, More Resilient Europe: Tackling the NCD Challenge from Prevention to Cure

Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques

- 36 The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases**
Organisation de coopération et de développement économiques

Psychiatrie *Psychiatry*

- 37 Spousal Death, Mental Health and Survivor Benefits**
Barschkett, M. et Treguier, J.
- 37 U.S. Psychiatric Hospitals Under Medicaid's Institutions for Mental Diseases (IMD) Exclusion**
Gorman, C.D.
- 37 Waiting for Help: Timely Access to Psychological Support for Young Adults Exposed to Parental Substance Misuse**
Michel, B., Nielsen, S.A., Hesse, M., et al.
- 37 The Economic Case for Preventing Mental Ill Health**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 38 Child, Adolescent and Youth Mental Health in the 21st Century**
Organisation de coopération et de développement économiques

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 38 The system of professions.: An essay on the division of expert labor**
Abbott, A.

Soins de santé primaire *Primary Healthcare*

- 38 Périnatalité en France : rapport du Collège National des Sages-Femmes**
Collège National des Sages-Femmes
- 39 Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2025**
Conseil national de l'Ordre des médecins

- 39 Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer**
Cour des comptes

- 39 How Does Tort Reform Affect Health Care Delivery**
Courtemanche, C. et Garuccio, J.

- 40 Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2026**
Oustric, S.

- 40 Résultats de l'enquête TETRAMARE - Temps de travail des praticiens hospitaliers de toutes les spécialités**
Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi

- 40 Physician labor supply, financial incentives, and access to healthcare**
Wilner, L. et Chone, P.

Systèmes de santé *Health Systems*

- 41 A Reform Model for Financing the German Healthcare System: Health Savings Accounts and a Public Health Investment Fund**
Jung, M.

Travail et santé *Occupational Health*

- 41 Quels emplois conduisent à acquérir des points sur le compte pénibilité en 2023 ?**
Algava, E. et Maurice, L.
- 42 The role of firms in the wage penalty for chronic health conditions**
Bisztray, M., MurakÖzy, B. et Peto, R.
- 42 La pénibilité du travail : Comparaison internationale des dispositifs de compensation et de prévention**
Jolivet, A. et Guillas-Cavan, K.

Vieillessement Aging

- 43 Paid Caregiving Leave Policies and an Update on Paid Parental Leave**
Anand, P., Matiashvili, T. et Rossin-slater, M.
- 43 Private compulsory long-term care insurance in Germany: A comprehensive overview**
Bahnsen, L. et Neusius, T.
- 43 Trends in Health Inequalities among Spanish Retirees**
Belles-Obrero, C., Flores Mallo, M., Garcia-Gomez, P., et al.
- 44 Health Inequalities Among Danish Retirees 2004-2022**
Bingley, P., Datta Gupta, N., Kallestrup-Lamb, M., et al.
- 44 Future long-term care expenditure trajectories across OECD countries**
Blavet, T., Lorenzoni, L. et Rapp, T.
- 44 Résidences services seniors : une crise en trompe l'œil, des défis à anticiper**
Broussy, L. et Giraud, K.
- 44 Mission inter-inspections relative aux diverses formes d'habitat partagé adapté au vieillissement**
Caillon, P., Rougier, I. et Moreau de saint-martin, L.
- 45 Optimal Long-Term Care Provision and Insurance with Heterogeneous Preferences and Risks**
Clavet, N.J., Michaud, P.C. et Navaux, J.
- 45 Rapport d'activité thématique - Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : Synthèse des rapports d'activité 2024**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- 45 Les déterminants socio-démographiques de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie**
Compere, W., Achou, B., De donder, P., et al.
- 45 Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées**
Cour des comptes
- 46 The impact of population ageing on consumption in Spain: revisiting the retirement-consumption puzzle**
Cutanda, A. et Sanchis, J.A.
- 46 The Impact of Informal Caregiving on the Well-being of Older Adults in Europe**
Darbo, M., Fonseca, R. et Leroux, M.L.
- 46 The Protective Effects of a Healthy Spouse: Medicare as the Family Member of Last Resort**
Fadlon, I., Gross, T., Hoagland, A., et al.
- 46 Risk Adjustment for ADRD in Medicare Advantage and Health Care Experiences**
Fu, W., Qian, Y., Karimi, Z., et al.
- 47 Unready: The State of Preparedness of Current and Future Caregivers**
Gellert, A. et Kolluri, S.P.
- 47 Les séniors, des mangeurs comme les autres ? Enjeux liés au vieillissement et à la dépendance**
Gressier, M. et Villegas, L.
- 48 Determinants of Formal Social Care Receipt in Settings of Public Funding Shortages**
Goswami, B., Sutton, M. et Lau, Y.S.
- 48 The Impacts of Medicaid's Managed Long-Term Services and Supports on Health Outcomes in Medicare**
Lee, A., Rossin-slater, M., Staiger, B., et al.
- 48 Labor Supply when Parents are in Need of Care**
Lizardi, E.R., Fevang, E., Kverndokk, S., et al.
- 49 Changes in Health Inequalities among Older Individuals in Japan**
Oshio, T. et Shimizutani, S.
- 49 Do Foreign Care Workers Affect Native Health Outcomes?: Evidence from Japan's Care Sector**
Peng, X. et Dai, E.
- 49 Geriatric Emergency Care, Hospitalization, and Mortality Among Older Adults in the United States**
Qian, Y., Gettel, C., Su, J., et al.
- 50 Mission complémentaire sur le système de retraite des agents des collectivités locales et des établissements hospitaliers – Perspectives à horizon 2045**
Trupin, L., Sayen, B. et Ferras, B.
- 50 Neighborhood Disorder and Dementia Risk in U.S. Older Adults: The Role of Cardiometabolic Risk**
Yu, J., Wang, Y., Gill, T.M., et al.

50 Can Household Participation in Health Insurance Be Enhanced by Community-Based Home Care Services? Evidence from Quasi-Natural Experiments in China's Older Adult Care Policies

Yuanyuan, J., Xiaowen, C., Xuezheng, L., et al.

Assurance maladie

Health Insurance

► How does Medicare Eligibility affect Choice and Utilization? Evidence from Veterans

AOUAD, M., ROSE, L. ET WAGNER, T.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35173

<https://www.nber.org/papers/w35173>

We examine how Medicare affects health care utilization for those who age in with a more narrow health insurance network by studying veterans enrolled in the Veterans Health Administration (VA). Given the limited geographic density of VA hospitals, we posit that Medicare expands the insurance network for VA enrollees. Using regression discontinuity methods, we find that veterans' inpatient hospitalization rate increases by approximately 3.3 percent at 65. Further, there are large reallocations across health insurance payers. Individuals increasingly use Medicare for hospitalizations once it becomes available, while VA, commercial, and other federal insurance programs are used less. We also find substantial reallocations among individuals that gain access to hospitals closer to their homes and among those who visit the hospital for more postponable medical procedures. However, we do not find evidence that the average quality rating of the hospital selected at 65 changes nor do we find evidence that VA hospital wait times affect the move to Medicare; rather, individuals choose hospitals that are relatively closer. Lastly, our results suggest that Medicare may compete with other federal programs to provide health care for select populations, such as veterans.

► Preventing Avoidable Medicaid and SNAP Coverage Loss: A Benefit Continuity Triage Framework

BARBADILLO, M.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6753218

This paper proposes a Benefit Continuity Triage framework for preventing avoidable procedural coverage loss in Medicaid and SNAP. A substantial share of disenrollment from public benefit programs occurs

not because individuals become substantively ineligible, but because they fail to navigate recurring administrative requirements. Expanded work and reporting requirements under the One Big Beautiful Bill Act are likely to intensify this dynamic across Medicaid and SNAP populations. The paper identifies a structural gap in existing benefit administration: many of the operational tools needed to prevent avoidable disenrollment already exist—including call centers, automated verification systems, digital enrollment infrastructure, community-based outreach networks, and AI-assisted navigation tools—but no coordination layer connects these systems to a common continuity-risk signal before coverage loss occurs. The proposed framework addresses this gap through four sequential components: continuous monitoring of administrative signals associated with procedural disenrollment risk, participant-level risk scoring using existing administrative data, three-tier stratification based on estimated procedural risk, and targeted intervention through existing agency infrastructure. The framework is grounded in evidence from Medicaid unwinding and prior work requirement implementation. In Arkansas, more than 18,000 individuals lost Medicaid coverage within months of work requirement implementation, primarily for procedural rather than substantive reasons. In Georgia, active enrollment in the Pathways program remains far below the estimated eligible population, with administrative barriers identified as the primary driver of non-enrollment rather than substantive ineligibility. During Medicaid unwinding, states with stronger automated verification and ex parte renewal capacity experienced substantially lower procedural disenrollment rates than states relying more heavily on participant-facing documentation processes. New York City—with approximately 4.5 million Medicaid enrollees, 1.5 million SNAP participants, and substantial operational infrastructure spanning DOHMH, DSS, HRA, and OHIP—is proposed as a proof-of-concept implementation site. The missing layer is not capacity. It is coordination. The proposed approach does not require new eligibility rules, new federal authority, or large-scale technology procurement. It requires a governance decision to use existing administrative data proactively and to operationalize continuity management as a shared cross-agency responsibility.

► **The Long-Run Effects of the Affordable Care Act: Evidence from a Partially Pre-Committed Research Design Over the COVID-19 Recession and Recovery**

CLEMENS, J., MAHAJAN, A. ET SABIA, J.J.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35190

<https://www.nber.org/papers/w35190>

Adjustment frictions can cause the long-run effects of social insurance reforms to differ from their short-run effects. Using pre-committed extensions of event study specifications applied previously for short-run analyses, we test the hypothesis that the Affordable Care Act's (ACA) impacts on insurance coverage and employment would increase following the substantial churn generated by the COVID-19 pandemic. Contrary to the hypothesis, the ACA's impacts remained stable through the pandemic. Long-run effects on employment and employer coverage were modest and much smaller than initially projected. Our study illustrates how partially pre-committed designs can yield informative long-run estimates while limiting specification search.

► **Les transports de patients à la charge de l'Assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser**

COUR DES COMPTES

2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026].

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-7-Transports-patients-a-la-charge-de-l-assurance-maladie.pdf>

Le transport terrestre de patients hors urgence peut être assuré par ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi conventionné, ou par le patient lui-même. Pour réduire la progression de son coût (plus de 6 Md€ en 2025), la Cour recommande de resserrer les conditions de prise en charge et de transférer aux hôpitaux une part plus importante du coût des transports qu'ils prescrivent (compensée a priori), afin notamment de développer le recours au transport partagé. L'offre de transport pourrait être mieux encadrée pour répondre aux besoins des territoires. Le processus de facturation devrait être plus sécurisé afin de réduire les erreurs et fraudes (640 M€ estimés en 2024).

► **L'ONDAM, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer**

COUR DES COMPTES

2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026].

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-3-Ondam-outil-regulation-des-depenses-de-sante-necessaire-et-a-renforcer.pdf>

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année en loi de financement depuis 1996, n'assure plus, depuis la crise sanitaire, de régulation efficace. Pour lui rendre son rôle de pilotage stratégique des dépenses de santé, son cadre pluriannuel devrait être renforcé et la transparence de sa construction annuelle être améliorée. Par ailleurs, les leviers de régulation en exécution devraient être rééquilibrés et renforcés : l'objectif a été atteint en 2025, malgré des dépassements sur le sous-objectif des soins de ville pour les indemnités journalières et le médicament, grâce à 1,2 Md€ d'économies en gestion sur les établissements de santé et médico-sociaux.

► **Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables**

COUR DES COMPTES

2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026].

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-5-Franchises-et-participations-forfaitaires-de-l-assurance-maladie.pdf>

Les participations forfaitaires et les franchises médicales, dues par les patients pour de nombreuses dépenses médicales (consultations, achats de médicaments...) ont rapporté 2,3 Md€ au régime général de la Sécurité sociale en 2025. La Cour préconise d'améliorer l'information des assurés sur les montants qu'ils paient et d'accroître le rendement de ces dispositifs (500 M€ par une réforme des procédures de recouvrement, 600 M€ par la suppression d'exemptions peu justifiées). À plus long terme, les participations et franchises pourraient être fusionnées et le niveau des revenus être pris en compte.

► **The Effects of Medicare on Access to Preventive Care and Medication: Evidence from a Regression Discontinuity Design**

DATTA, I., LEE, S. ET MAI, J.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6751218

Existing literature on the effects of Medicare on health outcomes focuses largely on pre-COVID-19 data with limited understanding of demographic stratification. This paper seeks to revisit the question of Medicare efficacy on health outcomes for various disadvantaged groups in the United States with a focus on outcomes before, during, and after the COVID-19 pandemic. Using National Health Interview Survey data sourced from the Integrated Public Use Microdata Series, we implement a fuzzy regression discontinuity design at age 65 and find that Medicare coverage has a statistically significant positive effect on insurance coverage and self-reported health status but insignificant effects on utilisation of preventive care and medication. These effects vary among different subgroups in the United States, with consistently larger coverage gains going to disadvantaged groups, whereas the effect on health outcomes for these groups is mixed. We also observe an attenuation of Medicare's effects on coverage during the peak and immediate aftermath of the COVID-19 pandemic, as well as differences in its effects on health outcomes across different years.

► **Avis du Comité d'alerte n°2026-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**

COMITÉ D'ALERTE DE L'ONDAM

2026

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>

Selon le comité d'alerte, le risque d'un dépassement du seuil d'alerte de 0,5 % du montant prévisionnel des dépenses (soit un peu moins de 1,4 Md€) paraît devoir être écarté. Cependant, il appelle à une grande vigilance à l'égard de l'évolution des dépenses de soins de ville et de la situation financière des établissements publics de santé, ainsi qu'à un renforcement du pilotage financier de ces derniers. L'analyse des

interactions entre la construction de l'Ondam et ses effets sur les comptes des hôpitaux doit progresser. À cet égard, la remontée effective des comptes 2026 de l'ensemble de ces derniers d'ici le 8 juillet 2026 au plus tard est indispensable, alors qu'une part importante des comptes 2025 n'a pas respecté cette échéance.

► **How Efficient was the Affordable Care Act at Reducing Uninsured Rates?**

GANGOPADHYAYA, A. ET KAESTNER, R.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35263

<https://www.nber.org/papers/w35263>

One way to measure the efficiency of the Affordable Care Act (ACA) is the extent to which gains in publicly supported health insurance reduced uninsured rates. Using data from the 2008–2024 American Community Survey, we examine time trends in rates of uninsured, public insurance coverage, and employer-sponsored insurance (ESI) by groups defined by the ratio of income to the Federal Poverty Line (FPL). We obtain estimates of associations between changes in public coverage and changes in uninsured and ESI exploiting state-by-year variation in ACA implementation. Importantly, we estimate the total effect of the ACA—including both the Medicaid expansion and Marketplace coverage—on uninsured and ESI rates. For adults in households below 150% of the federal poverty level (FPL), increases in public insurance coverage were associated with one-for-one decrease in uninsured and no change in ESI. For adults with incomes between 151%–400% FPL, each percentage point increase in public coverage was associated with about a 0.6 percentage point decrease in uninsured and a 0.4 decrease, or crowd out, in ESI. Crowd-out was larger among groups with higher pre-ACA ESI rates such as parents and married adults. Using variation from the Medicaid expansion alone to evaluate the ACA's effect on ESI leads to overstating crowd-out among low-income adults (below 150% FPL) and understating crowd-out among higher-income adults (above 250% FPL). Our findings suggest that policies intended to subsidize health insurance of higher income groups, for example, the enhanced premium subsidies, are far less efficient than policies intended to further expand public insurance to low-income groups, for example, in non-expansion states.

► **Competition in Health Insurance Markets**

GAYNOR, M. ET STARC, A.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34928

<https://www.nber.org/papers/w34928>

The United States relies primarily on private health insurance markets, yet these markets are highly concentrated and becoming more so over time. We document concentration across commercial, Medicare Advantage, and Medicaid markets. We then examine how asymmetric information—particularly adverse selection, interacts with market power to shape premiums, plan design, and consumer welfare. Empirical evidence confirms that insurer consolidation raises premiums. We discuss how antitrust enforcement, risk adjustment, regulation, and informational interventions shape competition and consumer welfare in these markets.

► **Understanding Medicaid Managed Care: The Procured Competition Model**

SHEPARD, M. ET WALLACE, J.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35146

<https://www.nber.org/papers/w35146>

Medicaid is one of the largest public programs in the United States — providing health insurance to over 75 million low-income Americans — and over three quarters of its enrollees receive care via private “managed care” insurers. In this summary article, we make three central points about the economics of contracting out Medicaid to private insurers. First, the empirical evidence on Medicaid privatization is mixed: contracting out has not meaningfully reduced public costs or improved quality of care. Second, we propose a framework, which we call “procured competition,” to describe the unique structure of Medicaid managed care as a hybrid of public procurement and regulated competition. Third, we discuss the key policy levers across procurement, competition, and consumer choice in this model. Throughout, we highlight open research questions, arguing that the enormous variation in how states design these programs — combined with limited evidence on what works — represents a promising area for high-impact scholarship.

► **The Fair Act: A Legislative Framework for Algorithmic Oversight in Health Insurance**

SIMS, A. ET TERKONDA, A.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5794022

The U.S. healthcare system faces two converging crises: the administrative inefficiency of a 50-state regulatory patchwork and the unregulated deployment of Artificial Intelligence (AI) to automate claim denials. This legislative white paper proposes the “Federal Algorithmic Insurance & Regulation (FAIR) Act,” a comprehensive framework that establishes an Optional Federal Charter (OFC) for health insurers while mandating strict pre-market oversight for clinical AI. The proposed framework functions as an “FDA for Algorithms,” establishing a Federal Algorithmic Safety Board (FASB) funded by industry user fees (modeled on FDA MDUFA V). Key provisions include: (1) Mandatory “Stress Testing” of denial algorithms for clinical validity and racial bias prior to deployment; (2) A “Digital Custody” regime utilizing cryptographic hashing to prevent model drift; (3) Strict executive criminal liability for fraudulent safety certification; and (4) A “Grand Bargain” tax structure that creates federal regulatory efficiency while holding state budgets harmless. This proposal offers a deficit-neutral pathway to modernize insurance regulation and protect patients from the era of “Black Box” algorithmic denials.

E-Health

► **The Well-Being Effects of Digital Mental Health Care**

ANGELUCCI, M. ET FABREGAS, R.

2026

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 18538)

<https://www.iza.org/publications/dp/18538/the-well-being-effects-of-digital-mental-health-care>

AI-powered mental health apps have attracted growing interest as a low-cost way to expand care. Yet questions remain about their effectiveness, safety, and whether they may crowd out psychotherapy. We evaluate one such app in a randomized controlled trial among 1,964 Mexican women with mild to severe psycholog-

ical distress. Over six months, app access improved mental health by 0.3 standard deviations with no evidence of harm, improved sleep quality, increased healthful behaviors, and reduced missed work, yielding considerably larger benefits than costs. Treated participants were also more likely to seek traditional psychotherapy, but this increase does not explain most of the mental health gains. App use was high in the first month but then declined, as is common in digital interventions. Despite this drop in use, treatment effects persisted. Participants continued to implement practices promoted by the app, suggesting that even short-term engagement can produce durable improvements through sustained behavioral change.

Economie de la santé

Health Economics

► **Universal Catastrophic Coverage with Health Savings Empowerment: A Structural Replacement for the ACA (Technical Policy Brief)**

ALPHSON, B.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6766858

Universal Catastrophic Coverage with Health Savings Empowerment (UCC/HSE) proposes a structural replacement for the Affordable Care Act's premium-subsidy architecture. The framework separates American health financing into two distinct layers: universal catastrophic insurance for large, unpredictable medical expenses, and portable Health Savings Empowerment accounts for routine, preventive, pediatric, behavioral-health, and chronic-care needs. The proposal preserves Medicare unchanged and refocuses Medicaid on long-term services and supports, Aged/Blind/Disabled populations, medically complex children, home- and community-based care, and CHIP continuity, while transitioning non-disabled adult

acute-care populations into catastrophic coverage and HSE-financed routine care. The paper argues that the ACA's central fiscal weakness is its reliance on comprehensive insurance subsidies that rise with benchmark premiums. UCC/HSE replaces premium tax credits, cost-sharing reductions, exchange administration, and the tax preference for comprehensive employer-sponsored insurance with bounded catastrophic credits, formula-based HSA deposits, federal high-cost-claim reinsurance, employer-market reform, rural stabilization, and statutory guardrails against benefit creep. Using MEPS-based catastrophic-spending reconstruction, the model estimates expected excess spending above the deductible threshold rather than treating the deductible itself as federal liability. FY2024 HCRIS provider-impact modeling is used to evaluate routine-care repricing exposure, uncompensated-care relief, bad-debt relief, and rural access protection. UCC/HSE is presented as a universal but non-single-payer health-financing architecture. Catastrophic risk is pooled; routine care is financed transparently; vulnerable populations receive targeted liquidity and safeguards; and federal exposure is bounded rather than indexed to comprehensive-plan inflation. The paper concludes

that UCC/HSE offers a fiscally disciplined, market-oriented, and institutionally durable alternative to both the ACA's subsidy model and comprehensive federalization of health care.

► **Rapport statistique 2024 - Mobilité internationale : les données de la protection sociale**

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE
2025

Paris, C.L.E.I.S.S.

https://www.cleiss.fr/docs/stats/rapport_stat_2024.pdf

En 2024, la France a versé 7,9 milliards d'€ de retraites à des assurés vivant à l'étranger (+5,4 %). Les pensions de vieillesse atteignent 5,39 milliards, soutenues par une revalorisation de +5,3 %. Plus de 54 % des pensions sont destinées aux pays appliquant les règlements européens, principalement le Portugal, l'Algérie, l'Espagne, le Maroc, la Belgique et l'Italie, qui concentrent 73 % des droits. Le montant moyen reste faible (315 €/mois) en raison de carrières internationales morcelées. Malgré une baisse des droits ouverts (13 % en dix ans), les montants progressent (+15 %). Les retraites de base, majoritaires (68 %), croissent via la revalorisation annuelle, tandis que les retraites complémentaires (30 %) sont dynamisées par la hausse du point Agirc Arrco et l'effet noria.

► **La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026**

COUR DES COMPTES
2026

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2026>

Dans sa première partie, ce rapport 2026 sur l'application de financement de la sécurité sociale présente la situation des finances sociales afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. Il étudie les conditions de la régulation de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) et la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes. La deuxième partie analyse quatre domaines relevant de l'assurance maladie. Des recettes plus élevées pourraient être obtenues par une refonte du dispositif des fran-

chises et participations forfaitaires. Les réformes engagées pour les soins dentaires et le transport de patients n'ont pas permis une modération de la dépense, qui supposerait une régulation plus stricte et une responsabilisation des acteurs. Enfin, des alternatives moins coûteuses aux hospitalisations inadéquates, inutiles ou trop longues devraient être développées. La troisième partie examine les difficultés de mise en œuvre de réformes, telles la revalorisation des petites pensions ou la transformation du compte professionnel de prévention de l'usure professionnelle. Leur fréquence a nui à la modernisation technique des caisses nationales d'allocations familiales et d'assurance vieillesse, et a perturbé la qualité du service rendu aux assurés. Les franchises et participations forfaitaires de l'assurance maladie : des optimisations nécessaires, des transformations envisageables Les transports de patients à la charge de l'Assurance maladie : une dépense à réguler plus efficacement, des acteurs à davantage responsabiliser. Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées. Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser L'Ondam, un outil de régulation des dépenses de santé nécessaire et à renforcer

► **Certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du CPSTI - Exercice 2025**

COUR DES COMPTES
2026

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-et-du-cpsti-exercice-0>

La Cour certifie avec réserve les comptes 2025 des cinq branches de prestations du régime général ainsi que ceux de l'activité de recouvrement et ceux du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI). En effet, alors qu'elle avait été dans l'impossibilité de certifier les comptes 2024 de la branche famille, elle prend acte de l'impact en 2025 de la solidarité à la source (dispositif de ressources mensuelles) qui sécurise les montants de ressources déclarées par les allocataires pour deux des prestations les plus risquées de la branche, la prime d'activité et le revenu de solidarité active. Pour l'ensemble des branches, la Cour constate des progrès qui la conduisent à lever ou baisser d'intensité plusieurs constats. Le nombre

de désaccords sur les comptes passe de sept en 2024 à quatre en 2025, et le nombre de limitations à l'audit des comptes passe de 42 à 38. Les dispositifs de lutte contre les fraudes poursuivent leur progression. Pour autant, les indicateurs de risque restent globalement élevés, et nécessiteront de maintenir la vigilance sur les dispositifs de contrôle interne.

► **Has the United States Bent the Health Care Cost Curve?**

CUTLER, D.M. ET KLAMET, L.R.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35231

<https://www.nber.org/papers/w35231>

In 2024, medical spending as a share of GDP was 15% below forecasts made in 2010 and only marginally higher than in 2010. Relative to expectations, the savings were nearly \$1 trillion in 2024. In light of this prolonged period of slower growth, we ask the question: has the United States bent the health care cost curve? We start with a model of medical spending that incorporates both the development of new technologies and the equilibrium use of those technologies. Technology development and incentives around its use may add to or subtract from spending growth. We then examine the drivers of the spending slowdown empirically. We attribute slower medical spending growth to five factors: the development of technologies that simultaneously improve health and lower cost; long-run supply elasticities that exceed short-run elasticities; improvements in population health; reimbursement changes that reduce demand and make demand more price elastic; and reductions in the rate of price increases, likely driven by some of these same demand factors. Because these cost slowing mechanisms are expanding over time, we conclude that the United States has bent the health care cost curve, though not as much as it could be or will need to be bent.

► **Paying for Health: Learning from International Experience in Health Financing**

CYLUS, J., FORMAN, R., SHUFTAN, N., *et al.*

2026

Bruxelles, European Observatory on Health Systems and Policies

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/paying-for-health-learning-from-international-experience-in-health-financing>

Health care financing is key in defining interactions between providers and the general population. It determines who is required to pay for care, how much they pay, and what types of services patients can receive. It also helps shape markets for health service providers and innovations in service delivery, pharmaceuticals and medical devices. Paying for Health brings together insights from over 50 global experts to provide a vital analysis of health care financing around the world, explaining issues related to funding both health and social care. It explores key aspects of health financing, delving into critical policy questions and examining strategies that shape sustainable, effective health systems. Offering real-world examples and evidence-based insights, this essential volume equips policymakers, researchers, and health leaders with the tools to design financing systems that drive progress now and in the future towards universal health coverage.

► **Profit Regulation and Strategic Transfer Pricing by Vertically Integrated Firms: Evidence from Health Care**

KAKANI, P., YDE, E., KANTER, G.P., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35043

<https://www.nber.org/papers/w35043>

We provide evidence of strategic transfer pricing by vertically integrated health care firms in response to insurer profit regulations. Insurers increased prices at vertically integrated pharmacies by 9.5% following the introduction of caps on insurer profits in Medicare Part D. We detect larger price increases by insurers that were at greatest risk of exceeding the allowable profit level. More than one-fifth of these higher prices were borne by the federal government. Our analysis illustrates that vertically integrated firms can evade profit regulation by "tunneling" profits to unregulated subsidiaries, undermining regulatory intent and increasing health care spending.

► **Health Perception Biases and Healthcare Utilization in China: A Longitudinal Approach**

NIE, P., SPITZER, S. ET SOUSA-POZA, A.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18384

<https://docs.iza.org/dp18384.pdf>

Using panel data on over 17,000 adults from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS), this paper investigates the role of health perception biases for healthcare utilization and related expenditure in China. We measure health perception biases as the difference between objective health outcomes from physical examinations and self-reported health. Leveraging the longitudinal dimension of the data, we address unobserved individual heterogeneity in the relationship between perception biases and healthcare use. We find that individuals who underestimate their health visit the doctor more often and have more hospital stays, while those who overestimate their health are less likely to use those healthcare services. Health perception biases are also strongly associated with total and out-of-pocket expenditures for both outpatient and inpatient care. Importantly, family support – especially the presence of co-resident sons – mitigates the tendency of those underestimating their health to seek more care, highlighting the role of family dynamics in healthcare decisions. Moreover, differences in China's heterogeneous health insurance schemes appear to influence how health misperception translates into healthcare spending.

► **The Economic Value of Eliminating Cancer**

PHILIPSON, T.J., ZHANG, D., ABBASI, S., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35052

<https://www.nber.org/papers/w35052>

This paper estimates the economic value to the United States of eliminating cancer mortality over a 35-year horizon beginning in 2030, which would eliminate 30.7 million cancer deaths with a total mortality burden of 380 million life-years. We quantify the economic value of this substantial reduction in cancer mortality by incorporating the monetized value of increased longevity. To value the longevity gains in monetary terms, we utilize the valuations used by the U.S. federal government in its cost-benefit evaluations of regulations. Eliminating cancer mortality generates \$197 trillion in economic benefits over 35 years, corresponding to approximately \$16,282 per American per year, or \$41,684 per American household per year. If cancer elimination is viewed as an R&D investment, it yields an enormous internal rate of return, ranging from 570% to 1,024%, based on benchmarked R&D costs. In addition, we perform a sensitivity analysis by varying the elimination durations and the degree of success, using the benchmark case scenario in which cancer mortality is

reduced by 80 percent over a 20-year transition. This achieves about 70 percent of the total economic value of full elimination above, corresponding to aggregate benefits of about \$134 trillion, or approximately \$11,112 per person per year.

► **Insurance-Based Disparities in Home Health Care Utilization and Spending: Evidence from a Three-Part Model**

RAMEZANI, R. ET GIERTZ, S.H.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6733061

This study examines insurance-based disparities in home health care (HHC) utilization and expenditures in the United States using a three-part hurdle model applied to pooled Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) data from 2006 to 2023. We decompose the spending process into three distinct margins: the probability of access (Hurdle 1), the likelihood that use results in a billable episode (Hurdle 2), and spending intensity conditional on payment (Hurdle 3). Our findings reveal that disparities are primarily driven by upstream access and “billability” margins rather than downstream treatment intensity. While fee-for-service (FFS) Medicare and Medicare Advantage (MA) exhibit nearly identical access rates (approximately 3 percent), MA beneficiaries incur roughly 20 percent lower expected expenditures per user (\$1,281 vs. \$1,602), suggesting that managed care constraints operate through episode-level management rather than gatekeeping at the point of entry. Furthermore, HHC is characterized by payer-specific billing disparities-with probabilities ranging from 0.70 for private insurance to 0.88 for Medicaid that are absent in a placebo analysis of outpatient care, where billing is standardized at over 95 percent across all insurers. Finally, we find that Medicaid accounts for the highest population level spending, exceeding \$337 per adult, reflecting an institutional pipeline in which health shocks and the exhaustion of assets (“spend-down”) trigger enrollment. Overall, the results suggest that HHC spending patterns are shaped by institutional coverage design and a safety-net structure where financial ruin often precedes public assistance.

Environnement et santé

Environmental Health

► L'évaluation des politiques de santé environnementale

HERVIEU, C.

2026

Paris, Assemblée nationale. Rapport d'information de l'Assemblée nationale 2689

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RINFANR5L17B2689.html>

Ce rapport de l'Assemblée nationale évalue les politiques de santé environnementale en France, c'est-à-dire la protection de la santé face aux pollutions de l'air, de l'eau, aux pesticides, aux PFAS et au bruit. Il montre que ces expositions ont un impact sanitaire majeur, responsable de nombreuses maladies chroniques, cancers, allergies et troubles respiratoires. Malgré cela, l'action publique reste insuffisante, mal coordonnée et manque de moyens humains, financiers et scientifiques. Les politiques sont dispersées entre plusieurs ministères et agences sans véritable stratégie nationale claire. Les pesticides sont présentés comme un exemple d'échec, avec des objectifs de réduction jamais atteints et une contamination généralisée. Les PFAS, appelés « polluants éternels », représentent une menace importante encore mal surveillée. Le bruit et les particules fines restent aussi des causes importantes de maladies souvent sous-estimées. Le rapport demande davantage de recherche, de biosurveillance et une meilleure surveillance des expositions environnementales. Il recommande aussi d'agir davantage à la source en renforçant les contrôles, les sanctions et le principe du pollueur-payeur. Enfin, il propose une stratégie nationale forte fondée sur l'approche « Une seule santé », reliant santé humaine, animale et environnementale.

► Economic Evaluation of the Health Impacts of Climate Action (or inaction): A Deep Dive into Social Cost of Carbon, Value of a Statistical Life, Equity, Macroeconomic Modelling, and Discounting

MACCLANCY, C., OYALO, P., CUBI-MOLLA, P., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6433878

Evaluating the health impacts of climate action is increasingly important as governments and international organisations expand mitigation and adaptation efforts. Beyond environmental outcomes, these policies can generate substantial health co-benefits, yet these are often insufficiently captured in the economic evaluation frameworks used to inform policy decisions. A recent scoping review conducted by the authors identified significant heterogeneity in the methods used to assess the health co-benefits of climate action, including cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analyses, macroeconomic modelling, and toolkit-based approaches. While this methodological diversity reflects the interdisciplinary nature of climate-health research, it presents challenges for comparability, transparency, and policy relevance.

► Estimation de la mortalité attribuable à la température dans les départements et régions d'outre-mer

PASCAL, M., WAGNER, V. ET CORSO, M.

2026

Saint-Maurice, Santé publique France (Etudes et enquêtes)

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions-et-territoires/antilles/enquetes-etudes/estimation-de-la-mortalite-attribuable-a-la-temperature-dans-les-departements-et-regions-doutre-mer>

Le 3^e plan national d'adaptation au changement climatique identifie comme priorité pour les départements et régions d'outre-mer (Drom) l'adaptation à l'augmentation des températures pour protéger la santé des populations. Ce rapport présente une analyse de l'influence de la température sur la mortalité dans les Drom (Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Mayotte), afin de décrire les niveaux de risques et les impacts, et d'appuyer les politiques d'adaptation. L'étude a porté sur la période 2014-2022. Des analyses en séries temporelles ont été réalisées pour chaque Drom, pour modéliser l'influence de la température sur la mortalité totale, par classe d'âge (15-64 ans, 65 ans et plus) et par sexe. Les résultats ont été combinés dans une méta-analyse pour en dériver des estima-

teurs recentrés par Drom, permettant de calculer une fraction de mortalité attribuable à la température. La médiane des températures a été utilisée pour distinguer les jours froids des jours chauds. Plusieurs indicateurs météorologiques ont été testés, présentant des résultats similaires, et la température maximale journalière a été sélectionnée pour le modèle principal. Dans tous les DROM, une relation température-mortalité en forme de U a été observée avec une augmentation du risque de décès pour les températures froides et chaudes comparativement à la médiane. Pour les températures froides (médiane), les risques de décès sont plus élevés chez les 65 ans et plus, et pour les

femmes. Sur l'ensemble des Drom et de la période d'étude, 2 299 [1 503 : 3 160] décès sont attribuables aux températures froides et 1 805 [678 : 2 901] décès aux températures chaudes. La température constitue un facteur de risque important pour la santé dans les DROM, avec un impact qui pourrait s'aggraver avec le changement climatique. L'adaptation pourrait s'appuyer sur un système d'alerte et une politique de prévention ciblée sur les événements les plus extrêmes, ainsi que sur des mesures structurelles pour améliorer l'état de santé globale de la population et les conditions de logements, réduire les expositions, et faciliter le recours aux soins.

État de santé

Health Status

► **Wellbeing, Youth and Survey Mode: Comparisons across 23 Countries Using Three International Datasets**

BLANCHFLOWER, D.G. ET BRYSON, A.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35058
<https://www.nber.org/papers/w35058>

Although there is growing evidence that the subjective wellbeing among the young declined in recent years, the evidence is not consistent across surveys. We examine the relationship between age and various measures of wellbeing and illbeing across three major surveys – the Gallup World Poll (GWP, Global Minds (GM) and the Global Flourishing Survey (GFS). GWP is conducted via face-to-face and telephone surveys; GM surveys are web-based; and GFS uses both telephone and web-based surveys. We focus on 23 countries appearing in all three surveys. The clearest evidence that wellbeing rises with age and illbeing declines with age comes from the web-based surveys in both GM and GFS. The age profiles look very different when surveys are conducted by telephone: the higher rates of illbeing among the young are far less apparent in these surveys. Because survey mode is not randomly assigned, we cannot be sure differences in age profiles of wellbeing and illbeing are causally affected by survey mode. Selection into survey mode, both across and within country, plus differential non-response by survey across the age range, may be playing a role.

However, the evidence indicates very different age patterns in wellbeing and illbeing emerge across different survey modes.

► **Usages numériques et santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte : enjeux métrologiques, mécanismes physiopathologiques et stratégies de prévention**

CARON, A. ET BEZANNIER, L.
2026

Saint-Denis La Plaine, O.F.D.T.

<https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2026-06/rapport-usages-numeriques-2026.pdf>

Cette revue de la littérature liste les enjeux des métriques et les mécanismes physiopathologiques à l'œuvre chez les jeunes quant à leurs usages des écrans.

► **Nutrition & obésité : entre urgence de santé publique et encadrement médical éthique**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
2026

Paris, Cnom

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM-RAPPORT-NUTRITION.pdf>

La nutrition et l'obésité sont des enjeux majeurs de santé publique nécessitant une approche globale, pluridisciplinaire et éthique. Le rapport du CNOM appelle à une meilleure régulation des pratiques, à la protection des patients contre les dérives, à la reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique et à la mobilisation de tous les acteurs pour une prévention et une prise en charge efficace, fondée sur des données scientifiques et des recommandations institutionnelles.

► **Thinking versus Doing: Cognitive Capacity, Decision Making and Medical Diagnosis**

HANDEL, B.R., HEIZLSPERGER, L.J., KNECHT, J., *et al.*
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35034
<https://www.nber.org/papers/w35034>

We study how situational fluctuations in cognitive capacity shape behavior in high-stakes, real-time decision-making. Drawing on recent advances in behavioral economics that revolve around inattention, cognition and complexity, we show that cognitive load influences how physicians in emergency departments allocate mental effort and attention when making diagnostic and treatment decisions. We use quasi-random variation in patient-physician pairings, along with granular electronic medical record and audit-log data from many clinical interactions, to show that, under higher cognitive load, physicians substitute mental deliberation with more numerous but less precise diagnostic actions. Specifically, we document that higher load (i) increases the total number of orders of diagnostic tests (ii) reduces the use of targeted, but more uncommon tests (iii) increases the use of common tests and (iv) increases uncertainty in diagnostic beliefs. Cognitive load impacts downstream inpatient admission from the emergency department: a physician in the highest cognitive load decile increases admissions by 28% relative to the same physician in the lowest cognitive load decile, for the exact same kind of patient. These results offer novel field-based evidence on the dynamics of attention and belief formation and shed light on how cognitive constraints shape diagnostic behavior in complex, real-world environments.

► **Global hepatitis report 2026**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2026

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240122383>

The Global hepatitis report 2026 provides the most comprehensive and up-to-date assessment of the global burden of hepatitis B (HBV) and hepatitis C (HCV), which together account for more than 95% of deaths related to viral hepatitis. Despite being preventable and treatable, viral hepatitis remains one of the leading infectious disease killers worldwide. The report also highlights the progress in response efforts at global, regional and country levels, in the context of global commitments, strategies and targets. The report is organized around 4 major topics: An overview of global commitments, strategies and targets related to viral hepatitis; The status of the HBV and HCV epidemics and trends in the period 2015–2024; Progress in coverage of interventions for prevention, diagnosis and treatment; Priorities for action at global and regional levels to accelerate progress towards the 2030 elimination targets, and associated country examples. The report is primarily based on data compiled from Member States in periodic rounds of global hepatitis data collection managed by WHO and model-based estimates of incidence, prevalence and mortality. In the 2025 round, 140 WHO Member States reported data, an increase from 113 in the previous round in 2023. Additional data sources include the WHO Global Health Observatory and databases managed by other UN agencies.

► **World health statistics 2026: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2026

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240122482>

The World health statistics report is the annual compilation of health and health-related indicators, which has been published by the World Health Organization since 2005. The 2026 edition consolidates data for health-related indicators from the Sustainable Development Goals. It assesses progress towards the globally agreed targets, describes key challenges for the years ahead and includes reviews on global health topics such as healthy life expectancy and premature mortality, the Triple Billion targets, and inequalities in immunization.

► **Profils des consommateurs d'alcool en France hexagonale en 2021 et évolutions des disparités sociales**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2026

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/profils-des-consommateurs-d-alcool-en-france-hexagonale-en-2021-et-evolutions-des-disparites-sociales.-le-point-sur.-edition-nationale.-mars-2026>

L'objectif de ce document est d'analyser les comportements de consommation d'alcool en fonction de critères socio-économiques et de caractériser les profils les plus à risque en 2021, ainsi que d'analyser l'évolution des disparités sociales en matière de consommation d'alcool. Les niveaux et modalités de consommation d'alcool étant très différents entre hommes et femmes, les analyses sont réalisées de façon stratifiée selon le sexe.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Piloter la médiation en santé dans les territoires : Cadre national et pratiques inspirantes de pilotage et de coordination des acteurs de la médiation en santé au niveau local**

AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITÉ ACTIVE
2026

Paris, A.N.S.A

https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2026-03/Ansa_SPF_Etude%20pilotage%20m%C3%A9diation%20en%20sant%C3%A9_2603.pdf

La médiation en santé accompagne les personnes dans leur parcours de soins et lutte contre les inégalités sociales de santé. Malgré son efficacité reconnue, son déploiement en France reste inégal. L'Ansa, avec Santé Publique France, a étudié le pilotage de la médiation dans trois régions, en identifiant cadres stratégiques, financements, coordination territoriale et besoins en évaluation, tout en valorisant les bonnes pratiques.

► **Far, far away municipalities: Has the Italian National Strategy for Inner Areas helped in reducing distances from essential services?**

BERGANTINO, A.S., CARAVAGGIO, N., INTINI, M., et al.

2026

Campobasso, University of Molise. Economics and Statistics Discussion Paper 103/26

<https://ideas.repec.org/p/mol/ecsdps/esdp26103.html>

This study evaluates whether the Italian National Strategy for Inner Areas (SNAI) has improved accessibility to essential services in peripheral municipalities. Introduced in 2014, the SNAI targets territories characterized by demographic decline and limited access to key services such as schools, healthcare, and transport infrastructure. Using real-time travel data from OpenStreetMap (OSM) and Tom Tom, we develop a replicable framework to monitor driving times to service hubs for more than 7,600 Italian municipalities. Our tool replicates the methodology used to identify Inner Areas during the second programming cycle of the SNAI (2021-2027). Applying this framework, we update the classification of Inner Areas for 2025 and document a 20% increase in their number compared with the latest official classification. We then estimate a two-period Difference-in-Differences (DiD) model combined with Propensity Score Matching (PSM) to compare municipalities targeted by the strategy with similar non-targeted areas. The results suggest that municipalities included in the SNAI did not experience improvements in accessibility during the period considered. On average, treated municipalities display a modest increase in travel times of about 2.4 minutes relative to comparable Inner Areas not included in the strategy. These findings indicate that, while the SNAI may contribute to broader territorial development objectives, measurable improvements in road accessibility remain limited.

► **Accessibilité des patients aux soins de premier recours en France : quelles configurations territoriales ?**

BONAL, M., PADILLA, C., CHEVILLARD, G., *et al.*
2026

Questions d'économie de la sante (Irdes) (308)

<https://www.irdes.fr/recherche/2026/qes-308-accessibilite-des-patients-aux-soins-de-premier-recours-en-france.html>

En France, les médecins généralistes, tout comme les autres professionnels de santé de premier recours, sont inégalement répartis sur le territoire, avec pour conséquence des espaces mieux dotés que d'autres. Malgré l'attention portée depuis longtemps aux disparités d'accessibilité spatiale aux soins de premier recours, les analyses ont souvent été menées profession par profession, plutôt que selon une approche globale et multiprofessionnelle. Cette étude propose une typologie communale permettant de mesurer ces disparités à partir de différentes dimensions, notamment le niveau d'accessibilité aux soins et son évolution, et les besoins de santé de la population. Des configurations diverses ont pu être observées, qui confirment l'opposition entre, d'une part, les espaces offrant une meilleure accessibilité aux soins (littoraux, Grand Ouest et grands pôles urbains ainsi que leurs couronnes) et, d'autre part, les zones rurales du centre de la France, moins bien dotées. Les résultats nuancent également la démarcation entre espaces urbains et espaces ruraux en montrant le rôle clé des petites centralités : la présence d'une offre de soins de premier recours dans certaines petites villes et bourgs ruraux permet en effet aux communes rurales environnantes de bénéficier d'une meilleure accessibilité aux soins que certains territoires urbains.

► **La santé dans les territoires ruraux d'Île-de-France : Analyse descriptive**

CAMARD, J.P.
2025

Focus sante en Île-de-France (2025/09)

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-dans-les-territoires-ruraux-dile-de-france/>

Selon la classification réalisée à partir d'une méthodologie européenne (Eurostat), plus de la moitié des communes franciliennes (53 %) sont considérées comme étant rurales selon leur degré d'urbanisation. Elles regroupaient 556 000 habitants en 2021 soit 4,6 % des habitants de la région. Les communes rurales sont divisées en trois catégories : les bourgs ruraux, celles

ayant un habitat dispersé et celles ayant un habitat très dispersé. La population rurale est plutôt âgée par rapport au reste de la région avec une sur-représentation des personnes de 45 à 75 ans. La population active est surtout composée d'employés et de professions intermédiaires et marquée par une moindre présence de cadres. L'état de santé des personnes vivant dans des communes rurales est moins bon que celui des habitants des communes des grands centres urbains avec une surmortalité et une sur-morbidité pour quasiment tous les indicateurs pris en compte dans cette étude. Dans les communes rurales, nous avons pu observer une différence entre les différentes classes de territoires. En effet, ce sont les populations des bourgs ruraux qui ont les indicateurs de santé les plus dégradés par rapport aux communes situées en habitat dispersé et très dispersé.

► **Cartes de France 2026 de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales**

RAYNAUD, J., BRANCO, R., DEDES, V., *et al.*
2026

Paris, Fondation Jean Jaurès

https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2026/05/Cartes_France_2026.pdf

Si la qualité de notre système de santé n'est plus à prouver, les défis sont de taille et la question qui se posera aux décideurs sera celle de son organisation et de son accessibilité : comment assurer aux patients l'accès à leurs soignants au moment où ils en auront besoin ? Pour cela, les outils de pilotage sont indispensables : au-delà des anecdotes et du ressenti, il faut établir un diagnostic précis de la réalité de l'accès aux soins en France. C'est pour y aider cette note, grâce aux statistiques d'une ampleur exceptionnelle fournies par Doctolib et analysées par Joy Raynaud, un état des lieux le plus complet possible en la matière. Ces statistiques, si elles ne couvrent qu'une partie de l'activité médicale du pays, contribuent ainsi à mieux appréhender l'état actuel de l'accès aux soins des Français.

Disability

► **Les jeunes adultes en situation de handicap accueillis dans les structures pour enfants (Amendement Creton)**

COUR DES COMPTES

2026

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-jeunes-adultes-en-situation-de-handicap-accueillis-dans-les-structures-pour>

Saisie par la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a réalisé une enquête relative aux « jeunes adultes en situation de handicap accueillis dans les structures pour enfants ». L'amendement Creton permet en effet, depuis 1989, le maintien dans un établissement ou service pour enfants en situation de handicap, de jeunes ayant atteint l'âge limite pour lequel la structure est autorisée (en général 20 ans), dans l'attente d'une place en établissement pour adultes. Il a été conçu initialement pour éviter que des jeunes lourdement handicapés ne soient orientés vers la psychiatrie ou ne se retrouvent sans aucune solution. Le rapport dresse un bilan de la mise en œuvre de ce dispositif et formule des recommandations pour en améliorer l'application.

► **Phedre : une enquête inédite pour mesurer l'impact de la prestation de compensation du handicap (PCH) sur les bénéficiaires.**

NAFIA, H., ESPAGNACQ, M., PICHETTI, S., *et al.*

2026

Questions d'économie de la santé (Irdes) (307)

<https://www.irdes.fr/recherche/2026/qes-307-phedre-une-enquete-inedite-pour-mesurer-l-impact-de-la-prestation-de-compensation-du-handicap-sur-les-beneficiaires.html>

La prise en charge du handicap demeure difficile à évaluer en raison de la complexité administrative et de la diversité des financeurs. Bien que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) centralisent les demandes, les financeurs restent multiples. La prestation de compensation du handicap (PCH), créée en 2005, vise à adapter individuellement les aides aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap afin de limiter les dépenses engendrées, parfois élevées. Pour mieux connaître les bénéficiaires de la

PCH et évaluer la mise en œuvre des aides accordées, l'enquête Phedre (PCH : exécution dans la durée et reste à charge) a été menée en 2021. Selon cette première étude, les enquêtés cumulent souvent diverses limitations fonctionnelles, notamment des troubles moteurs et intellectuels, cognitifs ou psychiques, ce qui explique leur faible présence sur le marché du travail (17 % d'actifs). Un quart seulement vit seul, tandis que la moitié des adultes inactifs et un tiers des actifs vivent avec au moins un de leurs parents. S'agissant de la PCH, si l'aide humaine est fréquemment accordée, d'autres types d'aide s'y ajoutent (aide technique, aménagement du logement ou du véhicule...), si bien que 40 % des enquêtés reçoivent au moins trois types d'aide.

► **Les approches sociales du handicap : Une recherche politique**

WINANCE, M.

2024

Paris, Presses des Mines

Qu'est-ce que le handicap ? Quelle différence fait-il ? La question paraît simple, pourtant, elle fait, depuis 40 ans, l'objet de débats. Ceux-ci ont été initiés par les chercheurs des *Disability Studies*, qui ont développé le « modèle social du handicap » ; puis, ils ont été prolongés par la sociologie de la technique, l'éthique du "care" et les théories validistes. Cet ouvrage présente ces approches, et les renouvelle. Il montre que la manière dont chacune a socialisé le handicap est liée à des hypothèses théoriques sur ce qui fait différence et normalité. La question du handicap ouvre alors sur plusieurs questions : celle des in/capacités, celle de l'a/normalité et celle des qualités qui singularisent chaque personne. La dimension politique de ces approches est ensuite interrogée, d'une part à travers l'histoire de la structuration de la recherche sur le handicap au Royaume-Uni et en France, d'autre part, en décrivant les différents positionnements possibles du chercheur (tiré de la 4^e de couv.).

► **Hospital Billing Regulations and Financial Well-Being: Evidence from California's Fair Pricing Law**

AKOSA ANTWI, Y., AOUAD, M. ET BLASCAK, N.E.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35080

<https://www.nber.org/papers/w35080>

We examine the financial consequences of the 2007 California Fair Pricing Law, which places a price ceiling on hospital bills for financially vulnerable individuals. Using cross-sectional variation in exposure to the law, proxied by county-level uninsured rates, we estimate its impact on individual financial outcomes. We find that the law reduces the likelihood of incurring non-medical debt in collections and the number of non-medical accounts in collections. In addition, we find evidence that credit scores increased and suggestive evidence that the number of delinquent accounts decreased for individuals in more exposed counties. Our results suggest hospital billing regulations can improve targeted individuals' financial outcomes.

► **La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé**

COUR DES COMPTES
2026

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-damelioration-de-la-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante>

La qualité des soins dans les établissements de santé constitue un enjeu de santé publique majeur. En France, chaque année, environ 13 millions de patients sont accueillis dans 2 965 établissements de santé répartis entre 1 330 structures publiques, 978 structures privées à but lucratif et 667 structures privées à but non lucratif. Le terme de qualité des soins est défini par la Haute Autorité de santé (HAS) et regroupe plusieurs notions telles que la sécurité des actes et interventions médicales, ainsi que leur efficience, leur accessibilité et leur pertinence, tout comme la réactivité du système de soins aux attentes du patient. La non-qualité des soins représente un enjeu financier majeur. Sur la base des données de l'Organisation pour la coopération et

le développement économique (OCDE), la Cour estime que la réparation des préjudices évitables en France s'élèverait à plus de 11 Md€ et celle du préjudice relatif aux soins inutiles ou à faible valeur à 22 Md€. Dans son rapport, la Cour s'est attachée à répondre à trois questions : la politique menée permet-elle de mesurer les évolutions de la qualité des soins dans les établissements de santé ? La politique menée permet-elle d'améliorer la qualité des soins en établissement ? La politique menée renforce-t-elle la « culture de la qualité des soins » auprès des professionnels hospitaliers tout en intégrant la place du patient ?

► **What are the Impacts of Certificate-of-Need Laws? A Review of the Evidence**

COURTEMANCHE, C. ET GARUCCIO, J.
2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18457

<https://docs.iza.org/dp18457.pdf>

This study reviews the literature on the impacts of Certificate-of-Need (CON) laws, which require the approval of states' health planning agencies for health care providers to open or expand facilities or purchase equipment. Economic theory suggests that CON laws should reduce competition, leading to higher prices, larger net revenues for incumbent providers, and weakened incentives to produce efficiently and deliver high quality care. However, defenders of CON laws argue that they ensure high quality standards for new entrants, while also offsetting distortions that disadvantage hospitals and put some at risk of closure. The preponderance of available evidence points towards CON laws restricting entry of new competitors, which in turn increases the number of procedures per hospital. At the same time, CON laws also appear to inhibit hospital expansion, and there is little evidence of increased prices or higher hospital profitability. Studies on hospital efficiency and quality of care for procedures performed exclusively at hospitals mostly point to null or negative effects, but evidence on quality is more favorable for services that can be provided outside of hospitals.

► **Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser**

COUR DES COMPTES

2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026.]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-8-Hospitalisations-inadequates.pdf>

Les hospitalisations inadéquates recouvrent les admissions à l'hôpital qui auraient pu être évitées si les patients avaient été pris en charge en ville et les séjours anormalement longs. 30 000 lits sont occupés chaque jour par des patients dans l'attente de solutions de prise en charge plus adaptées, pour un coût net annuel de 4,2 Md€. La réduction du nombre et de la durée de ces hospitalisations est un enjeu de santé publique. Des initiatives nombreuses sont engagées mais seul un plan d'action territorialisé permettrait de les réduire de 30 % en quatre ans, pour une économie nette de 1,3 Md€.

► **Les transformations des cliniques privées à but lucratif et des parcours de soins**

DA SILVA, N., ALLES, L., BATIFOULIER, P., *et al.*

2026

Noisy-le-Grand, I.R.E.S. Institut de Recherches Economiques et Sociales

https://ires.fr/wp-content/uploads/2026/03/AOCGT_CEPN_24Fevrier2026.pdf

Cette recherche s'efforce de documenter les mutations des cliniques privées à but lucratif et leurs effets sur le travail des professionnels de santé ainsi que sur le parcours de soins des patients. Après un chapitre introductif, un deuxième quantifie le processus de concentration/financiarisation de ces cliniques. En 2020, 18 groupes hospitaliers sont soit en lien avec des entreprises de capital investissement, soit cotés en Bourse, soit les deux. Ces groupes « financiarisés » représentent 577 hôpitaux à but lucratif et 136 centres de dialyses, soit 71,6 % des hôpitaux à but lucratif appartenant à un groupe et 59,2 % des hôpitaux à but lucratif, et 69,4 % des centres de dialyse appartenant à des groupes et 60,4 % des centres de dialyse à but lucratif. La financiarisation a été un levier important de la concentration. Sur la période 2004-2020, le nombre total d'hôpitaux en France a reculé, du fait en grande partie des mouvements opérés dans l'hospitalisation à but lucratif.

Le nombre des hôpitaux à but lucratif est ainsi passé de 1 114 à 975. Cette évolution s'est accompagnée de l'extinction progressive des structures indépendantes au profit des groupes. Il y avait 714 hôpitaux à but lucratif indépendants en 2004, il n'en reste plus que 169 en 2020. A l'inverse, il y avait 400 établissements appartenant à un groupe en 2004 contre 806 en 2020. Le nombre de structures indépendantes a été divisé par 4,3 tandis que le nombre de structures appartenant à un groupe a été multiplié par deux. Ces transformations sont associées à une spécialisation approfondie des établissements appartenant à un groupe dans les disciplines rentables (soins de suite et réadaptation, chirurgie ambulatoire, dialyse, etc.), et à une implantation territoriale différenciée selon les groupes. Le troisième chapitre du rapport étudie ce que les transformations de l'hôpital public et des cliniques privées à but lucratif sont susceptibles de produire sur les professionnels de santé et les patients, en se concentrant sur le cas de deux départements : le Doubs et la Haute-Saône. D'un côté, ces transformations conduisent à des phénomènes semblables d'intensification du travail. Les indicateurs de productivité prennent le dessus sur d'autres façons de concevoir le soin, une réalité aux conséquences négatives sur les conditions de travail des professionnels mais aussi sur la qualité des soins et sur les aidants. D'un autre côté, les mutations de l'offre de soin exacerbent la différenciation entre les secteurs public et privé. La démographie médicale en berne génère une « course aux armements » (à l'investissement pour attirer des médecins) que le public est en peine de gagner. Cela contribue à renforcer des filières de soins séparant les patients rentables des autres. Dans les territoires sous-dotés, la désertification implique une hausse des coûts de transport qui pèse sur le budget des patients et de leurs proches, la banalisation des dépassements d'honoraires pour éviter les files d'attente ou les longs déplacements, et le renoncement aux soins pour ceux qui ne peuvent payer pour se déplacer.

► **Urgences : la durée de passage a augmenté en dix ans, particulièrement pour les patients aux parcours les plus longs**

DEMOLY, E. ET DERUYON, T.

2026

Etudes et résultats (Drees)(1372)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260602-urgences-duree-de-passage-augmente-en-dix-ans-patients-parcours-longs>

Cette étude porte sur la durée de passage aux urgences, entre l'enregistrement administratif et la sortie effective du service, selon les parcours de soin des patientes et patients. Les données présentées sont issues de l'enquête Urgences, menée en collaboration avec les professionnels des urgences. Réalisée en 2023, cette enquête donne une photographie nationale des urgences sur 24 heures un jour moyen en semaine, à dix ans d'intervalle de la précédente édition.

► **Urgences : la moitié des patients attendent moins d'une demi-heure avant le début des soins, mais un sur dix plus de 2 heures 30.**

DEMOLY, E. ET DERUYON, T.

2026

Etudes et résultats (Drees) (1373)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260602-attente-urgences-durees-contrast%C3%A9es>

Cette étude porte sur la durée des principales étapes qui peuvent jaloner, suivant les parcours de soin, le passage aux urgences : enregistrement, première évaluation (aussi appelée le tri), début de la prise en charge médico-soignante, entrée en UHCD, décision d'hospitalisation à la sortie des urgences, obtention d'un lit dans un autre service, etc. Les données présentées sont issues de l'enquête Urgences, menée en collaboration avec les professionnels des urgences. Réalisée en 2023, cette enquête donne une photographie nationale des urgences sur 24 heures un jour moyen en semaine, à dix ans d'intervalle de la précédente édition.

► **Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2024 : Le salaire net mensuel moyen augmente de 0,7 % en euros constants**

ESBELIN, L. ET DIXTE, C.

2026

Insee première(2102)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8986438>

L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) publient une étude sur les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2024.

► **Reducing Waste through Anti-Fraud Enforcement: Evidence from Hospital Admission Cases**

HOWARD, D.H. ET LEDER-LUIS, J.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34938

<https://www.nber.org/papers/w34938>

The use of federal anti-fraud laws to address unnecessary medical care is controversial. Targeted providers frequently argue that, in their judgment, the treatment in question was appropriate. We examine the effects of anti-fraud litigation against hospitals for over-admitting patients from the emergency department, using 100% Medicare claims for 2005-2019 and a design based on the staggered rollout of these lawsuits. We find that anti-fraud lawsuits reduced admission rates by 3.6 percentage points without increasing mortality rates. We estimate five-year savings to Medicare of \$1.3 billion. Our results suggest that anti-fraud enforcement can be successful in reducing costly, unnecessary care.

► **Heart Failure's First Shock and Nurse-Led Chronic Care**

RASHIDI, M., CONNELLY, L.B. ET FIORENTINI, G.

2026

New York, arXiv

<https://arxiv.org/pdf/2603.23024>

We study how a first heart-failure hospitalization, an adverse health shock, changes patients' care, and whether a nurse-led chronic-care program sustains those post-shock investments. Using linked population-wide administrative records from Italy's Romagna Local Health Authority (2017-2023), we anchor event time at each patient's first CHF admission and exploit staggered timing to estimate dynamic effects. The shock triggers a sharp post-discharge surge: beta-blocker adherence, cardiology follow-up, and echocardiography rise immediately, while emergency-room use spikes just before admission and then stabilizes. We then estimate the incremental impact of enrollment in the Nurse-led Program for Chronic Patients (NPCP) using the interaction-weighted event-study estimator for staggered adoption. Under conventional difference-in-differences inference, NPCP strengthens long-run preventive engagement, with little detectable change in emergency-room use. HonestDiD sensitivity analysis indicates these gains are economically meaningful but not statistically definitive under modest departures from parallel trends.

► Quel avenir pour l'hôpital public ?

REVEL, N.

2026

Paris, Terra Nova

https://tnova.fr/site/assets/files/77871/terra_nova_-_quel_avenir_pour_lhopital_public_-_26_05_26.pdf

Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) fait état de ses réflexions sur l'état de l'hôpital public et ses propositions pour son amélioration. Qualité, prévention, innovation, c'est autour de ces trois priorités que les hôpitaux doivent s'engager dans un changement de paradigme et avec eux notre système de santé dans son ensemble.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► Intégrer la vulnérabilité en santé, un enjeu d'équité

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2026

Paris, H.C.S.P.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1504>

La question de la prise en compte de la vulnérabilité dans le système de santé et dans les politiques de santé s'impose si l'on veut agir pour plus d'équité en santé et corriger la tendance continue d'accroissement des inégalités sociales, territoriales et environnementales en santé (ISTS). Vu la multiplicité des aspects de la vulnérabilité et l'absence d'un langage commun sur ce qu'est la vulnérabilité en santé, le HCSP s'est auto-saisi du sujet en octobre 2023 et a confié au groupe de travail permanent ISTS une réflexion sur le thème. Il a donné lieu au présent rapport qui est le fruit d'un travail d'expertise, issu de la réalisation d'auditions, de l'analyse de contributions et de la revue de la littérature, sur la façon dont la vulnérabilité des personnes, populations et territoires est et devrait être prise en compte par le système de santé. Il permet ainsi de souligner que la vulnérabilité n'est pas un état intrinsèque, mais une situation contextuelle mettant en relation un individu ou un groupe présentant certaines caractéristiques vivant dans un environnement physique, social, culturel et juridique, avec certaines expositions présentant des risques pour la santé. Le rapport propose d'abord un bilan de l'existant. L'analyse des actions réalisées en France pour prendre en compte les personnes en situation de vulnérabilité établit l'importance de besoins non-satisfaits tout autant que l'insuffisance de la coordination entre les multiples acteurs mobilisés et financements investis, et le manque de données d'études et

de recherche. Fort de ces différents constats, plusieurs recommandations sont formulées : Agir selon certains principes forts : combiner équité en santé et solidarité, combiner l'approche Une seule santé et la prévention primordiale, combiner universalité et universalisme proportionné, combiner l'approche populationnelle et l'approche territoriale ; Agir à plusieurs niveaux, autant sur l'environnement que sur les individus ou les populations, en utilisant plusieurs leviers à la fois : la promotion de la santé, le pouvoir d'agir des personnes concernées et la santé communautaire, la destigmatisation, la prévention et la santé dans toutes les politiques, la santé sociale, l'intersectorialité, la formation et la recherche ; Développer les axes et propositions visant à renforcer l'équité en santé : renforcer les dispositifs probants, rénover certains dispositifs existants, innover et expérimenter, se doter d'outils de diagnostic et d'évaluation, faire évoluer le financement des actions utiles et adapter le droit. La prise en compte de la vulnérabilité dans toutes ses dimensions dans les actions de santé publique et dans toutes les politiques est une urgence et un défi collectif. Pour y répondre, elle devrait être un axe transversal de la stratégie nationale de santé (SNS) et de l'ensemble des politiques publiques pour la prochaine décennie.

► Le Défenseur des Droits. Rapport annuel d'activité 2025

LE DÉFENSEUR DES DROITS

2026

Paris, Le Défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/la-defenseure-des-droits-publie-son-rapport-annuel-pour-lannee-2025-1108>

Chaque année, le Défenseur des droits rend compte de



son action dans les cinq missions qui lui sont dévolues : défense des droits et libertés des usagers des services publics, défense et promotion des droits de l'enfant, lutte contre les discriminations et promotion de l'égalité, respect de la déontologie par les professionnels de la sécurité, orientation et protection des lanceurs d'alerte. Le rapport d'activité de l'année 2025 fait le bilan des réclamations instruites par l'institution et des travaux menés dans ces cinq domaines. Il présente, en creux, un état de la société à travers les atteintes au droit constatées dans l'année écoulée.

► **Pourquoi et comment étudier l'origine migratoire dans des travaux de santé publique ? Le rôle de l'origine migratoire comme déterminant social de la santé**

LYDIE, N., MONDEILH, A., FOUGERE, E., *et al.*

2026

Saint-Maurice, Santé publique France. Etudes et enquêtes

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/cadic_files/documents/spf00006488.pdf

L'origine migratoire est un déterminant social majeur de la santé. Elle concourt à la position sociale d'un individu et interagit avec les autres déterminants sociaux tels que le sexe, l'éducation, l'emploi et les ressources financières. ; En France, l'origine migratoire est insuffisamment étudiée dans les travaux de santé publique au prisme des inégalités sociales de santé. ; Pour caractériser l'origine migratoire, l'approche la plus commune, utilisée par la statistique publique en France, repose sur la collecte de données objectives d'état civil, telles que la nationalité et le pays de naissance des personnes, voire celles de leurs parents. ; La collecte de ces données dans les enquêtes en santé permet de comparer la santé des Français avec celle des étrangers, des natifs (non-immigrés) avec celle des immigrés. ; Cette démarche permet d'appréhender dans quelle mesure l'origine migratoire peut être un facteur d'inégalités sociales de santé et en quoi elles peuvent être liées aux inégalités d'accès aux différentes ressources (services de santé, logement, éducation, emploi, loisirs, services publics, espaces verts, etc.) et aux discriminations.

► **Midlife Health and Later Life Economic Inequality**

RUSSO, N., MCGEE, R., DE NARDI, M., *et al.*

2026

Odense, University of Southern Denmark (Discussion Paper Series 127/26)

<https://www.rfberlin.com/wp-content/uploads/2026/04/26127.pdf>

Abstract: Health shapes a broad set of later-life outcomes that are central to macroeconomics and public policy, including disability receipt, retirement, long-term care use, and survival. Yet we know little about how much differences in midlife health contribute to disparities in these outcomes later in life by race, ethnicity, and gender. Using the Health and Retirement Study, we construct a measure of health based on frailty and document large disparities at midlife. Black men and women have frailty levels at age 55 comparable to those of White men and women who are 13 and 20 years older, respectively, while the corresponding gaps for Hispanic men and women are 8 and 12 years. We then estimate a dynamic system linking health at age 55 to subsequent outcomes. Equalizing the distribution of health at age 55 across groups substantially reduces disparities in time spent in poor health, disability benefit receipt, and nursing home residence. Importantly, midlife health can account for later-life disparities more than education, health insurance coverage, and marital status jointly.

► **Are Nudges Suitable to Combat Health Inequalities? The Efficacy of Default Nudges in People With Lower Versus Higher Socio-Economic Position**

VAN DEN BEKEROM, L., VAN GESTEL, L., BUSSEMAKER, J., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6721318

Nudging is assumed to be particularly effective among lower socio-economic position (SEP) subpopulations and thus to have the potential of combating health disparities. However, empirical evidence for this proposition is scarce. In two studies, we examined the efficacy of a default nudge in stimulating healthy food choices and whether this effect is moderated by SEP. In both experiments, a default nudge (versus a no-nudge control condition) was applied in a hypothetical online

supermarket among UK participants with lower and higher SEP. Study 2 involved a more realistic supermarket setting by manipulating the presence of price information. SEP-indicators and related SEP-variables were measured. Across both studies, the default nudge was efficacious in stimulating healthy choices. This effect was not consistently moderated by SEP, with the effect being present among lower and higher SEP groups. Study 2 demonstrates that these effects are not impacted by the presence of price information. We conclude that default nudges are also efficacious among lower SEP populations, even when processing additional price information, but that this technique does not combat health inequalities. Future nudging studies in real-life settings, where financial factors matter, are needed to learn whether default nudges can actually benefit lower (versus higher) SEP groups.

► **Under pressure? Forced migration and public health**

MARQUES, R., MACIEL, M. ET ZUCHOWSKI, D.
2026

Hanovre, Global Labor Organization. GLO Discussion Paper 1748

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwglodps/1748.htm>

We study how Venezuelan refugee inflows affect healthcare outcomes and municipal public finances in Brazil's universal, decentralized public healthcare system. For identification, we exploit cross-municipality variation in refugee exposure and use distance to Brazil's only official border crossing with Venezuela as an instrument. A one-percentage-point increase in the local refugee share raises overall mortality by 4.2 percent and infant mortality by up to 9 percent. We show these effects operate through both the poorer baseline health of arriving refugees and congestion in local health facilities. Municipalities increase the share of spending on healthcare, but absent compensating federal transfers, they do so at the expense of education's budget share. These results highlight the limits of decentralized service provision in absorbing the health and fiscal costs of concentrated migration shocks.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Bilan et évolution du dispositif de régulation du prix des médicaments**

AUBERGER, M., MONTEIL, S., BENNACEUR, I., *et al.*
2025

Paris, I.G.A.S. Rapport IGAS 2025-19

<https://igas.gouv.fr/bilan-et-evolution-du-dispositif-de-regulation-du-prix-des-medicaments>

Dans un contexte de forte progression des dépenses des médicaments et de complexification des mécanismes de régulation, ce rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dresse un bilan du système actuel et formule des propositions pour en améliorer la lisibilité et la soutenabilité.

► **Médicaments à l'hôpital : [ré]agir pour moins jeter**

COMITÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE EN SANTÉ

2026

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

<https://www.c2ds.eu/guide-medicaments-hopital-reagir-pour-moins-jeter/>

Le Comité pour le développement durable en santé (C2DS) est une association à but non lucratif qui fédère depuis 19 ans des établissements sanitaires et médico-sociaux engagés dans une démarche de développement durable. Sa campagne 2025 « Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ? » montre que 210 établissements de santé jettent chaque semaine presque 2 tonnes de médicaments pour une valeur de plus de 700 000 euros et un équivalent carbone de presque 122 tonnes. Ces chiffres très significatifs ont motivé un groupe de pharmaciens de poursuivre les

travaux et de rédiger des recommandations afin de [ré]agir. Cet ouvrage propose des leviers d'action concrets, accessibles et adaptables, afin que chaque équipe puisse à son niveau réduire les déchets issus des médicaments et promouvoir des soins plus écoresponsables.

► **La chaîne de distribution pharmaceutique**

D'ALBIS, H., VERZAT, V., BOURGES, A., *et al.*

2026

Paris, I.G.A.S. Rapport 2025-054R

<https://www.igas.gouv.fr/la-chaîne-de-distribution-pharmaceutique>

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des finances (IGF) publient un rapport conjoint consacré à la chaîne de distribution pharmaceutique. Cette analyse met en lumière les flux financiers entre industriels et acteurs de la distribution du médicament, ainsi que les enjeux de transparence et de régulation des prix, afin de garantir un modèle économique soutenable et équitable.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **Prédire la suite d'un parcours de soins dans le système national des données de santé**

HAUGOMAT, T., MANNS, A. ET BAUDET, G.

2026

Drees Méthodes (25)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/drees-methodes/260409_predire-la-suite-dun-parcours-de-soins

Ce dossier est consacré à l'apport des modèles de prédiction du parcours de soins appliqués aux données issues du Système national des données de santé (SNDS). Cette base de données médico-administratives permet de reconstituer les parcours de soins de l'ensemble de la population française. Ce travail méthodologique cherche à évaluer la capacité de ces modèles à prédire la survenue de pathologies tout en soulignant leurs limites et leurs biais.

► **La géographie dans le SNDS**

LEROY, C., THOMAS, N., BERNARD, M., *et al.*

2026

Villejuif, ReDSiam

<https://www.redsiam.fr/content/rapport-la-geographie-dans-le-snds-du-groupe-methodologie-est-en-ligne>

Ce travail collectif du groupe Redsiam vise à proposer un guide et des outils d'aide à la décision pour mieux caractériser et évaluer les différentes sources d'information géographique présentes dans le SNDS. Le rap-

port est composé de 4 parties : La géographie dans le SNDS, la qualité de la donnée géographique, la géographie des populations spécifiques. Quelle géographie pour les indicateurs territorialisés ?

► **Mathematical Foundations of Health Economics: Arrow, Garber, and the Economics of Medical Uncertainty**

RYLOW, J.

2026

Varsovie, University of Warsaw. Working Papers 06/2026(500)

https://www.wne.uw.edu.pl/application/files/8717/7366/3045/WNE_WP500.pdf

This article examines the intellectual connections between the works of Kenneth Arrow, Alan Garber, and Peter Zweifel in the context of the economics of medicine, with particular emphasis on uncertainty, decision-making, and risk. It argues that health economics should be understood not merely as an applied field, but as a domain in which economic theory, mathematical economics, and actuarial science intersect. Arrow's analysis establishes uncertainty and information asymmetry as structural features of medical care markets, challenging standard welfare-theoretic assumptions. Garber extends this insight by formalizing medical decision-making through cost-effectiveness analysis and decision theory, translating clinical uncertainty into economically tractable choice problems. Zweifel's contributions to actuarial risk theory provide

the mathematical foundations for health insurance systems, enabling the aggregation, pricing, and long-term management of medical risk. Taken together, these approaches demonstrate that modern health economics relies on mathematical formalization not only to model behavior, but to sustain the institutional

viability of health care systems through insurance, risk pooling, and intertemporal solvency. The economics of medicine thus emerges as a field in which mathematical economics and actuarial methods are indispensable for understanding how societies manage health-related uncertainty.

Health Policy

► **Parcours coordonnés renforcés : lancement du premier dispositif dédié à l'obésité : Déploiement du premier parcours « Obésité complexe chez l'adulte »**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2026

Paris, Direction de la sécurité Social

<https://www.securite-sociale.fr/home/actualites/list-actualites/parcours-coordonnes-renforces-lancement-du-premier-dispositif-dedie-a-l-obesite-complexe-chez-l-adulte.html>

Les « parcours coordonnés renforcés » (PCR) marquent une évolution majeure de notre système de santé : ils permettent, pour la première fois, de financer une prise en charge globale, coordonnée et sans avance de frais et sans reste à charge pour les patients atteints de maladies chroniques ou en situation complexe, grâce notamment à un financement partagé entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

► **Rapport d'activité 2025 de la HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1267546/fr/rapport-d-activite-2025-de-la-has

Le rapport d'activité 2025 de la HAS met en évidence une intensification de ses actions en faveur d'un accès plus rapide aux innovations de santé, tout en maintenant un haut niveau d'exigence scientifique. L'institution a renforcé ses dispositifs d'évaluation, ainsi que ses démarches d'amélioration continue de

la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé. Le rapport souligne une volonté affirmée de renforcer la participation des patients dans les processus décisionnels, dans une logique de transparence et de démocratie en santé, tout en faisant face aux enjeux liés à l'innovation, aux coûts et à l'évolution des besoins de santé de la population.

► **Programme National Nutrition Santé 2026-2030**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>

Le Programme National Nutrition Santé 2026-2030 (PNNS 5) vise à améliorer durablement l'état de santé de la population en agissant sur trois leviers principaux : l'alimentation, l'activité physique et la réduction de la sédentarité. Il s'inscrit dans un contexte préoccupant marqué par une forte prévalence du surpoids et de l'obésité (touchant près d'un Français sur deux), ainsi que par l'augmentation des maladies chroniques et des inégalités sociales de santé. Pour répondre à ces enjeux, le programme repose sur trois axes structurants : l'amélioration de l'environnement alimentaire afin de faciliter l'accès à une alimentation saine et durable, la promotion de comportements nutritionnels équilibrés par l'information et la prévention, et le développement de milieux de vie favorables à la santé (écoles, entreprises, territoires). Le PNNS 5 prévoit la mise en œuvre de mesures concrètes, telles que la réduction de la teneur en sucre des produits, le déploiement du Nutri-Score, l'encadrement du marketing alimentaire,

l'amélioration de la qualité des repas en restauration collective, le renforcement de la pratique d'activité physique et la lutte contre la précarité alimentaire. Il cible en priorité les populations les plus vulnérables, notamment les enfants, les personnes en situation de précarité, les femmes enceintes et les habitants des territoires ultramarins. L'un de ses objectifs majeurs est la réduction significative du surpoids, en particulier chez les jeunes. Dans une approche globale et intégrée, le PNNS 5 articule enjeux sanitaires, environnementaux et sociaux afin de promouvoir des modes de vie plus sains, durables et équitables pour l'ensemble de la population.

► **Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E. (OECD Health Policy Studies)

https://www.oecd.org/en/publications/addressing-the-costs-and-care-for-long-covid_87a0c171-en.html

Long COVID is a post-acute infection syndrome characterised by the persistence of symptoms following a COVID-19 illness. This novel and complex condition has a debilitating and often disabling impact on patients and remains a challenge for healthcare professionals and health systems to adapt to. This report estimates the economic impact of long COVID across OECD countries from both direct healthcare costs and more significantly indirect costs related to reduced productivity and workforce exit. The report summarises national initiatives and priorities for defining, recognising and managing long COVID. The policies required to provide integrated care for long COVID contribute to building resilient and people-centered health systems for any future health threats.

► **Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques**

OR, Z. ET PARRY, A.

2026

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 603)

<https://www.irdes.fr/recherche/2026/rapport-603-feuille-de-route-strategique-pour-un-systeme-de-sante-soutenable-et-resilient.html>

Les maladies chroniques, qui représentent plus de 80 % des décès prématurés en France, interrogent la capacité du système de santé à améliorer la prévention et le diagnostic précoce, encore insuffisamment intégrés dans les pratiques. Dans le cadre d'un projet mené en collaboration avec le Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR), ce rapport analyse la façon dont le système de santé, traditionnellement centré sur des soins curatifs, peut évoluer pour mieux répondre aux défis croissants posés par les maladies chroniques. Pour devenir à la fois plus soutenables et plus résilients, les systèmes de santé doivent engager une transformation profonde : passer notamment d'une approche essentiellement réactive à une approche davantage préventive, d'un modèle fragmenté à un modèle intégré, et d'une logique fondée sur les volumes à une logique fondée sur la valeur. Si le système de santé français est reconnu pour ses bons résultats sanitaires et sa couverture universelle, il connaît néanmoins des tensions grandissantes liées à la hausse continue des dépenses sous l'effet conjugué de la transition démographique, du poids croissant des maladies chroniques, et de la pression financière induite par l'arrivée de traitements nouveaux à la fois plus personnalisés et plus coûteux. S'appuyant sur un cadre analytique commun, structuré autour de sept domaines clés de performance des systèmes de santé, ce rapport propose un panorama des principales caractéristiques du système de santé français. Il identifie pour chacun de ces domaines les limites structurelles ainsi que les leviers d'amélioration, et formule un ensemble de recommandations pratiques. En analysant ce qui fonctionne, et ce qui fonctionne moins bien, il vise à contribuer à une réflexion plus large sur l'évolution du système de santé, afin qu'il puisse garantir non seulement une espérance de vie prolongée, mais aussi une santé pérenne et une meilleure qualité de vie pour tous.

► **Public vs. Private Health Spending in Inclusive Growth: A Structural Model Analysis**

OZDAMAR, S.

2026

Lisbonne, Research in Economics and Mathematics. REM - Research in Economics and Mathematics Working Paper 0411-2026)

https://rem.rc.iseg.ulisboa.pt/wps/pdf/REM_WP_0411_2026.pdf

Promoting inclusive growth, which is economic pro-

gress that reduces poverty and inequality, remains a core objective of development policy across various country contexts. However, growth alone does not guarantee equitable outcomes. Public health spending plays a crucial role in determining whether economic gains are distributed equally among income groups. This study examines the impact of public and private health expenditures on the interrelated dynamics of economic growth, income inequality, and poverty. Specifically, it asks: to what extent do different health financing mechanisms affect inclusive growth, and how do these effects vary across country income groups? To address this question, we construct a system of three simultaneous equations that capture the relationships between growth, inequality, poverty, and health expenditures (both public and private), estimated using

the three-stage least squares (3SLS) method. Our analysis is based on a balanced panel of 117 countries spanning the period from 2000 to 2021. Our results indicate that public health expenditure has a positive contribution to inclusive growth, particularly by reducing inequality and poverty. These effects are most pronounced in emerging and low income economies. By contrast, heavy reliance on out-of-pocket (OOP) payments is associated with weaker poverty reduction and rising inequality. This research contributes to the literature by integrating health financing into the analysis of inclusive development. The findings underscore the need for policy strategies that strengthen the redistributive capacity of health systems as a foundation for sustainable and equitable growth.

Politique sociale

Social Policy

► **Non-recours au RSA : plus d'un tiers des foyers éligibles ne le percevaient pas fin 2021**

GAYET, C.
2026

Etudes et résultats (Drees) (1370)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260506-non-recours-au-rsa-fin-2021>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude qui mesure le taux de non-recours au RSA au quatrième trimestre 2021 et dresse le profil des foyers éligibles au RSA mais qui ne le perçoivent pas.

Les enfants dits « à double vulnérabilité » (en situation de handicap et confiés à l'aide sociale à l'enfance) évoluent au croisement de plusieurs champs d'intervention – protection de l'enfance, médico-social, santé, éducation – souvent cloisonnés. S'ils occupent une place croissante dans les préoccupations des acteurs publics, associatifs et institutionnels, ils demeurent cependant confrontés à des parcours marqués par des ruptures répétées. Fondée sur une analyse approfondie d'une vingtaine de dispositifs sociaux et médico-sociaux répartis sur tout le territoire national, l'étude Dépasse part résolument du terrain. Elle vise à comprendre en profondeur comment les acteurs construisent une offre de service pour ces enfants, et ce que cela révèle des limites et contradictions des cadres et ressources actuels.

► **Rapport Dépasse– Démarche Expérimentale pour Accompagner, Soutenir et Soigner les Enfants : Version intégrale phase 1**

KOWALCZUK, E., BEAUCOURT, C., ROUX, L., *et al.*
2026

Lille, Alefpa

<https://www.alefpa.fr/publication/rapport-depasse-version-integrale-phase-1/>

Prévision-Evaluation

Prevision-Evaluation

► **Quel rôle joue l'évaluation environnementale dans les politiques publiques ? Revue de littérature et débats autour de la trajectoire, des effets et des limites d'un instrument majeur**

BEZZAZ, M., HALPERN, C. ET COCARD, M.

2026

Paris, L.I.E.P.P. LIEPP Working paper 189

<https://sciencespo.hal.science/hal-05600446v1/document>

Depuis les années 1970, l'évaluation environnementale s'est imposée comme un instrument incontournable de l'action publique en France et à l'international. Inscrite dans le droit et mobilisée dans les pratiques de gouvernance, elle demeure l'objet de débats quant à ses usages et ses effets, tant dans la littérature académique et praticienne. Ce working paper propose d'analyser ces controverses en retraçant la trajectoire de l'évaluation environnementale entre standardisation et contextualisation, en examinant la diversité des approches disciplinaires et des questions transversales, et en caractérisant son rôle du point de vue de l'action publique. L'objectif est de mettre en lumière convergences, tensions et angles morts afin de nourrir un agenda collectif interdisciplinaire.

► **Bilan annuel 2025 du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3931150/fr/dispositif-d-evaluation-de-la-qualite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-bilan-annuel-2025

Depuis 2002, les ESSMS sont tenus de faire procéder à une évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent aux personnes accompagnées. La démarche, renouvelée, s'ancre aujourd'hui dans l'objectif plus large d'amplifier la dynamique d'amélioration continue de la qualité dans les structures pour répondre au plus près aux besoins des publics concernés, tout en respectant leurs attentes. Le bilan annuel du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services

sociaux et médico-sociaux reprend l'évolution, pour l'année 2025 : du premier cycle d'évaluation (2023-2027) et de la structuration du marché de l'évaluation ; du niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS et de leur capacité à répondre aux attentes et besoins des personnes accompagnées.

► **Health Impact Assessment in Practice: A Competency Framework for Practitioners**

WHITEHEAD, S.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6749718

Health Impact Assessment practice in North America rests on a workforce whose competencies have not been formally defined. Wales is the global reference for HIA workforce development; with the Health Impact Assessment (Wales) Regulations 2025, it becomes the first jurisdiction to require HIA by statute on a meaningful scale. North America operates differently: voluntary practice is the default, the Robert Wood Johnson Foundation-funded Health Impact Project closed in 2018, federal application of Cumulative Impact Assessment is currently paused, and neither statutory infrastructure nor sustained philanthropic foundation underwrites the field. The work has been kept alive by practitioner commitment, by the Society of Practitioners of Health Impact Assessment, by tribal HIA programs, by state environmental justice programs, and by academic training centers. Workforce expectations have not kept pace with actual practice. This paper offers a practitioner competency framework for HIA in North America. It is organized around seven domains — foundations of HIA and CIA practice, screening and scoping, data and methods, community engagement and power, reporting and recommendations, monitoring and follow-through, and project management and stewardship — and seven roles, including a formal Community Partner Co-Lead role with named competencies. It treats HIA and Cumulative Impact Assessment as parallel methodologies, addresses industry-commissioned HIA ethics directly, and crosswalks formally to the Wales HIA

Support Unit framework. The framework is a practitioner reference, not a consensus document, offered

as a contribution to the field's continued development under voluntary practice.

Prevention

► Crises sanitaires : prévenir, anticiper, coordonner

BONNEFOND, G. ET CAILLET, C.

2026

Paris, C.E.S.E.

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/crises-sanitaires-prevenir-anticiper-coordonner>

La France devra faire face à de nouvelles crises sanitaires, liées notamment au réchauffement climatique, à la perte de biodiversité, à la mondialisation et à des menaces comme les zoonoses ou l'antibiorésistance. Ces risques, de plus en plus complexes et imbriqués, viennent s'ajouter à d'autres crises (naturelles, économiques, technologiques, géopolitiques), rendant leur gestion plus difficile. Pour y faire face, il est essentiel de renforcer la recherche scientifique et d'améliorer la coordination entre les acteurs de la prévention. Sans préparation, les décisions en temps de crise peuvent être plus brutales et avoir des effets contradictoires. Ces situations mettent aussi à l'épreuve le fonctionnement démocratique. Le Cese estime qu'il faut agir dès maintenant, en impliquant la société civile, et faire de la prévention en santé une priorité majeure des politiques publiques, tout en se préparant activement aux crises futures.

► Investing in a Healthier, More Resilient Europe: Tackling the NCD Challenge from Prevention to Cure

FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS ET INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES

2026

Bruxelles, E.F.P.I.A.

<https://efpia.eu/media/xcwpczh/investing-in-a-healthier-more-resilient-europe.pdf>

Non-communicable diseases account for 88–90% of all deaths in Europe and cost the EU an estimated €530 billion annually. This doesn't even include the "invis-

ible" burden of informal care, which for Alzheimer's alone was estimated at over \$200 billion in Europe in 2019. Almost 1 in 3 people aged over 50 are living with two or more chronic conditions. This report brings together evidence, case studies and recommendations to reduce the burden of NCDs on health systems and societies.

► The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E. (Health Policy Studies)

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/04/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_6ec94420/e20cbbc3-en.pdf

Non-communicable diseases (NCDs) are reshaping our societies. Heart disease, cancer, diabetes and chronic lung conditions now affect millions more people than a generation ago, and the trend is still moving in the wrong direction. Today, more people are living longer lives, but often with multiple long-term illnesses. This report shows why this matters beyond the health sector. NCDs cut lives short, affect quality of people's life, and reduce their ability to work. This raises health expenditure and reduces workers' productivity and economic output. Yet many of these impacts are avoidable, through action on health risk factors, early diagnosis of disease and improved treatment. The analyses in this report show that preventing illness delivers far greater social and economic benefits than treating it later. Countries that succeed in reducing key health risks such as obesity and tobacco use can save lives, ease pressure on health budgets and unlock substantial economic gains.

Psychiatry

► **Spousal Death, Mental Health and Survivor Benefits**

BARSCHKETT, M. ET TREGUIER, J.

2026

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 18385)

<https://docs.iza.org/dp18385.pdf>

In this paper, we estimate the causal effect of social security income on mental health. We focus on widowhood, a life event associated with large and persistent mental health declines, and exploit a reform of the Dutch survivor benefits system that introduced cohort-based restrictions in benefit eligibility. Using administrative data, we find that reduced access to survivor benefits increases antidepressant use by 9%, accounting for 35% of the overall rise in antidepressant use following spousal death. A mechanism analysis shows that survivor benefits stabilize mental health by smoothing living standards, highlighting the potential welfare gains from well-targeted income support policies.

► **U.S. Psychiatric Hospitals Under Medicaid's Institutions for Mental Diseases (IMD) Exclusion**

GORMAN, C.D.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5811682

Many Americans with serious mental illness lack access to inpatient psychiatric care. For decades, Medicaid's "institutions for mental diseases" (IMD) exclusion has been a major barrier to expanding psychiatric hospital bed capacity, but the ongoing mental-health crisis has recently led some policymakers to consider repealing or modifying the IMD exclusion. This report analyzes the size, ownership, and percentage of Medicaid discharges from freestanding U.S. psychiatric hospitals to show that to meaningfully increase Medicaid beneficiaries' access to care in this setting, the IMD exclusion should be either completely repealed or significantly reformed.

► **Waiting for Help: Timely Access to Psychological Support for Young Adults Exposed to Parental Substance Misuse**MICHEL, B., NIELSEN, S.A., HESSE, M., *et al.*

2026

New York, arXiv

<https://arxiv.org/pdf/2604.13545>

Access to mental health care is often rationed through waiting lists, yet there is limited causal evidence on the consequences of delayed access. We study whether eliminating waiting time for psychological support improves outcomes for young adults who grew up with parental substance misuse. Using a randomized wait-list-controlled trial in Denmark combined with survey and administrative data, we find that immediate access leads to sizable short-run improvements in psychological health. These gains persist three to four years after randomization, even after both groups have received the intervention. By contrast, we find limited evidence of large average effects on broader health or labor market outcomes. Our results highlight the importance of treatment timing in capacity-constrained settings.

► **The Economic Case for Preventing Mental Ill Health**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E. Health Policy Studies

https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-case-for-preventing-mental-ill-health_16668f16-en.html

Poor mental health affects more than one in five people across OECD and EU27 countries and is estimated to reduce healthy life expectancy by 2.5 years, with young people, women, and those with low socio-economic status particularly affected. Focusing on depression and anxiety, this report sets out the strong economic case for investing in better mental health policies. It shows how evidence-based interventions in primary care, schools, and workplaces can improve health outcomes and boost economic growth through improved productivity and labour market participation. Many of these interventions are cost-effective and some cost-saving. However, the overall impact of these

interventions remains low due to lack of implementation at scale. To deliver meaningful improvements, countries must adopt a more systemic approach that enhances intervention design and implementation, expands coverage and investment and tackles the root causes of mental distress.

► **Child, Adolescent and Youth Mental Health in the 21st Century**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/child-adolescent-and-youth-mental-health-in-the-21st-century_1092c3cb-en.html

Young people's mental health is getting worse, with rising rates of depression, anxiety, psychological distress and poor well-being. Drawing on international data,

recent scientific literature and insights from clinical and policy experts, this report shows that deteriorating youth mental health is a long-running trend that predates the COVID-19 pandemic, but that has intensified in recent years. The report highlights the complex, intersecting drivers behind this decline, from digitalisation and social media, to climate anxiety, fears about global conflicts, socioeconomic pressures, bullying and academic stress, and inequality and poverty. The report shows the importance of a comprehensive, multi-sectoral response including strengthening early prevention, improving access to low-threshold and peer-supported services, embedding socioemotional learning in schools, and developing balanced policies around digital technology. It also stresses the need for better, more frequent data collection and for listening directly to young people to understand their needs and priorities. The report aims to support OECD governments in designing more effective, evidence-informed strategies to stem the decline in young people's mental health.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **The system of professions.: An essay on the division of expert labor**

ABBOTT, A.

1988

Chicago, The University of Chicago Press

The System of Professions Andrew Abbott explores central questions about the role of professions in modern life: Why should there be occupational groups controlling expert knowledge? Where and why did groups

such as law and medicine achieve their power? Will professionalism spread throughout the occupational world? While most inquiries in this field study one profession at a time, Abbott here considers the system of professions as a whole. Through comparative and historical study of the professions in nineteenth- and twentieth-century England, France, and America, Abbott builds a general theory of how and why professionals evolve.

Soins de santé primaire

Primary Healthcare

► **Périnatalité en France : rapport du Collège National des Sages-Femmes**

COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

2026

Guenrouet, C.N.S.F.

https://www.college-sages-femmes.fr/images/actualites/2026/PLAIDOYER_2026_CNSF_Reorganisation%20Perinatalite_V2026.05_VF.pdf

Le Collège national des sages-femmes de France rend public son rapport sur la réorganisation de la périnatalité. Ce travail s'inscrit dans un contexte où la mortalité infantile ne diminue plus depuis 2015 en France et atteint 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2024. La moitié des décès survient au cours de la première semaine de vie. La mortalité maternelle, bien que rare, reste évitable dans 60 % des situations ; 272 décès maternels ont été recensés entre 2016 et 2018. Ces chiffres révèlent les limites d'une organisation qui peine encore à prévenir tôt, à repérer les vulnérabilités, à coordonner clairement les acteurs et à adapter les réponses aux besoins réels des co-parents.

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2025**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
2026

Paris, Cnom

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM-RAPPORT-PDSA-2025.pdf>

En 2025, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en médecine générale en France a connu des évolutions organisationnelles importantes dans la majorité des départements, incluant la revalorisation des forfaits, l'adaptation des horaires et le développement de sites dédiés. La participation des médecins généralistes est en légère hausse, atteignant un peu plus de 40 %. La couverture territoriale reste quasi complète, garantissant l'accès aux soins non programmés, notamment les week-ends et jours fériés. La régulation médicale se renforce, principalement via le numéro 15, avec une montée en charge du 116-117. De nombreux médecins participent à cette activité, améliorant l'orientation des patients. Cependant, le dispositif demeure fragilisé par une démographie médicale insuffisante. La charge de travail, les problèmes d'insécurité et la complexité organisationnelle persistent. Certaines missions, comme les certificats de décès, accentuent ces difficultés. Des pistes d'amélioration sont proposées, incluant des incitations financières, une mobilisation accrue de nouveaux acteurs, et une meilleure organisation logistique. Ainsi, la PDSA reste un dispositif essentiel, en adaptation constante pour assurer l'accès aux soins sur tout le territoire.

► **Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer**

COUR DES COMPTES

2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026.]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-6-Soins-dentaires.pdf>

La Cour a analysé les réformes des soins dentaires depuis 2018 (examens annuels pris en charge pour les 3-24 ans, revalorisation des soins conservateurs, 100 % santé). Elle a constaté une augmentation continue de la dépense (15,7 Md€ en 2024) et des honoraires des praticiens, notamment des orthodontistes, ainsi que l'accroissement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins dentaires. Elle recommande d'améliorer l'efficacité des contrôles, de renforcer les restrictions à l'installation dans les zones très dotées, et de mieux réguler les dépenses de soins prothétiques et orthodontiques.

► **How Does Tort Reform Affect Health Care Delivery**

COURTEMANCHE, C. ET GARUCCIO, J.

2026

Bonn, I.Z.A.IZA Discussion Paper 18455

<https://docs.iza.org/dp18455.pdf>

Health care costs in the U.S. have grown dramatically over the past several decades, with one possible cause being physicians providing unnecessary services out of fear of being sued for malpractice – a phenomenon known as “defensive medicine”. States responded by enacting different types of tort reforms. This paper reviews the literature on the effects of these reforms on outcomes related to malpractice risk, quantity and quality of health care services, overall utilization and expenditures, physician supply, and patient affordability. We use Google Scholar to identify papers within this scope and use either associational or quasi-experimental quantitative methods. The preponderance of evidence points towards non-economic damage caps reducing malpractice risk, quantity of services (aside from diagnostics and obstetrics), and overall health care utilization and expenditures while increasing physician supply and not having detrimental effects on patient outcomes. In general, the effects of other types of reforms are less clear. The literature would

benefit from further research utilizing methodological advances related to combining machine learning with causal inference and eliminating bias from heterogeneous treatment effects.

► **Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2026**

OUSTRIC, S.
2026

Paris, Cnom

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/progression-nombre-medecins-rendez>

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie l'Atlas de la démographie médicale 2026, état des lieux exhaustif de l'offre médicale en France. Au 1^{er} janvier 2026, 245 847 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre sont en activité, tous modes d'exercice confondus, salariés et libéraux. Cela représente une hausse de 1,9 % sur la seule année 2025-2026. Pour autant, l'accès aux soins demeure une difficulté pleinement d'actualité, avec une majoration persistante des inégalités territoriales, affectant les soins primaires (médecine générale), et plus encore l'accès aux spécialistes médicaux et chirurgicaux.

► **Résultats de l'enquête TETRAMARE - Temps de travail des praticiens hospitaliers de toutes les spécialités**

SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS
ELARGI
2025

Créteil, Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi

<https://www.snphare.fr/fr/blog/posts/resultats-de-lenquete-tetramare---temps-de-travail-des-praticiens-hospitaliers-de-toutes-les-specialites>

L'enquête TETRAMAR-E dresse un bilan du temps de travail des praticiens (modalités de décompte, volume horaire, satisfaction, temps non clinique, travail additionnel et permanence des soins). Elle révèle de nombreux manquements réglementaires des établissements (contrats, décompte, temps non clinique) ainsi que des pratiques parfois non conformes pour retenir les praticiens (rémunérations majorées, temps accordé illégitimement, gardes fictives). Ces constats serviront de base au SNPHARE pour proposer des mesures d'attractivité plus efficaces.

► **Physician labor supply, financial incentives, and access to healthcare**

WILNER, L. ET CHONE, P.
2025

Palaiseau, C.R.E.S.T. (Document de travail 2025-07)

<https://crest.science/wp-content/uploads/2025/07/2025-07.pdf>

To empirically assess how physicians respond to financial incentives, we leverage a quasi-natural experiment in France where most GPs' fees are regulated. In 2017, a wide-scale regulatory change caused the price of a visit to increase from e23 to e25. Relying on granular claims data covering the universe of patients, doctors, and visits, we show that physician activity grew by nearly 9% after the price increase, yielding a unitary price elasticity of healthcare provision. The number of distinct patients examined increased substantially, while the provision of medical services per patient hardly changed, resulting in a slight increase in physicians' number of days worked. Drug prescription per patient is also shown to decrease, suggesting that the policy was cost-effective and enhanced access to healthcare, with limited adverse effects. Early career physicians responded strongly to these financial incentives, while later-career physicians hardly changed their labor supply behavior.

Systèmes de santé

Health Systems

► **A Reform Model for Financing the German Healthcare System: Health Savings Accounts and a Public Health Investment Fund**

JUNG, M.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6460004

The German healthcare system is facing long-term structural challenges. Demographic change is leading to an increasing proportion of older people in the population, while persistently low birth rates are expected to lead to a decline in the number of economically active contributors over time. At the same time, healthcare expenditure continues to rise as a result of ongoing medical and technological progress. Concerns have also repeatedly been raised in both academic and public debates about potential incentive distortions within existing financing mechanisms, particularly the DRG-based hospital reimbursement system. This working paper presents a reform model for financing

the German healthcare system that combines pay-as-you-go and capital-funded elements. The model's core components include individual health savings accounts, a publicly organised health fund and an institutional health bank responsible for coordinating financial flows within the system. While statutory health insurance continues to provide basic coverage, health savings accounts are designed to enable the long-term accumulation of individual reserves for health-related expenditure. The health fund invests the pooled resources in a broadly diversified portfolio of national and international capital assets. The resulting investment returns contribute to the long-term stabilisation of healthcare financing. By combining health insurance contributions, health savings accounts and a deductible component, the model establishes a multi-tier financing structure. This structure is intended to stabilise health expenditure in the long term, reduce the burden on younger contributors and increase the resilience of the healthcare system. The financial implications of the proposed model are illustrated in the appendix using exemplary calculations based on German health expenditure data.

Travail et santé

Occupational Health

► **Quels emplois conduisent à acquérir des points sur le compte pénibilité en 2023 ?**

ALGAVA, E. ET MAURICE, L.

2026

Dares resultats(14)

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quels-emplois-conduisent-acquerir-des-points-sur-le-compte-penibilite-en-2023>

Le Compte professionnel de prévention (C2P) permet aux salariés exposés à certains facteurs de pénibilité d'acquérir des points pour anticiper leur départ à la retraite ou financer une reconversion. En 2023, des points sont acquis sur un C2P pour 2,8 % des emplois

salariés. Ce dispositif concerne bien plus fréquemment les emplois d'ouvriers, ceux occupés par des hommes et ceux du secteur de l'industrie. D'après l'enquête sur la surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer), 9,0 % des emplois sont concernés par l'une des pénibilités ouvrant potentiellement un droit à des points C2P. Cependant, cette enquête approche les critères du C2P sans permettre de mesurer exactement le nombre d'emplois qui y sont éligibles. Avec ces réserves, la proportion de postes potentiellement exposés (9,0 %) est nettement supérieure à celle des emplois pour lesquels sont effectivement acquis des points (2,8 %). Ce décalage est plus important dans l'agriculture et la construction que dans l'industrie, ainsi que pour les salariés exposés au

bruit comparativement à ceux qui travaillent la nuit. Il varie aussi selon la taille de l'établissement, le type de contrat ou la présence de représentants du personnel. Le dispositif paraît également prendre davantage en compte les pénibilités masculines que féminines.

► **The role of firms in the wage penalty for chronic health conditions**

BISZTRAY, M., MURAKÖZY, B. ET PETO, R.
2025

Budapest, Institute of Economics. KRTK-KTI WP 2025/8

<https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2025/06/KRTKTIWP202508.pdf>

Abstract: More than one-third of people in the EU report having a chronic health condition (CHC), and their share in the workforce is expected to rise. Using unique linked employer-employee administrative data from Hungary—combining detailed healthcare utilization with wage records—we identify workers with CHCs and analyze their labor market outcomes with a focus on the role of firms. Men and women with CHCs are 7 and 14 percentage points less likely to be employed, respectively. Among the employed, we find wage penalties of 5.8% for men and 13.9% for women. Differences in firm-specific pay premiums account for 12% of the penalty for men and 23% for women. Event-study models with worker fixed effects show persistent wage losses following CHC onset—4% for men and 1.5% for women—of which 0.2–0.5 percentage points are due to moving to lower-paying firms, with the rest likely reflecting missed promotions and raises. We then look at the role of firm ownership, foreign ownership being a strong proxy for technology, and find that 20% of the penalty is accounted for by this firm characteristic, 60–70% of which results from worker sorting and the remaining from CHC workers benefiting less from the higher wage premium of foreign-owned firms. These numbers imply that the fall in wages between the ages 40 and 60 would be 10–20% lower had there been no CHC penalty, about 20% of which is attributable to the presence of foreign-owned firms.

► **La pénibilité du travail : Comparaison internationale des dispositifs de compensation et de prévention**

JOLIVET, A. ET GUILLAS-CAVAN, K.
2026

Noisy-le-Grand, I.R.E.S.

https://ires.fr/wp-content/uploads/2026/04/Synthese_Rapport_CFDT_penibilite_2026.pdf

Les effets des conditions de travail sur la santé et l'espérance de vie en bonne santé peuvent être pris en compte par des dispositifs de compensation et/ou de prévention. Ces dispositifs existent avec des modalités très différentes dans de nombreux pays et évoluent notamment dans le cadre de réformes des retraites. Une comparaison internationale a été menée sur neuf pays européens : Allemagne, Autriche, Espagne, Italie, Pologne, Croatie, Finlande, Suède et France. Elle porte sur les dispositifs qui permettent en droit et en fait aux travailleurs exposés à des conditions de travail pénibles, usantes, de prendre leur retraite ou de cesser leur activité de façon anticipée par rapport à l'âge de la retraite de référence. Deux types de dispositifs et trois champs d'investigation sont ainsi pris en compte : des dispositifs spécifiques ou non ; relevant du champ de la retraite, d'autres champs de la protection sociale, et du champ de la prévention. Les dispositifs peuvent être mis en place à un niveau centralisé mais aussi à un niveau intermédiaire (branches) ou décentralisé. La comparaison de ces dispositifs est réalisée à partir d'une analyse monographique par pays qui situe et détaille les dispositifs existants, leur effectivité et les inégalités entre hommes et femmes.

Aging

► Paid Caregiving Leave Policies and an Update on Paid Parental Leave

ANAND, P., MATIASHVILI, T. ET ROSSIN-SLATER, M.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34997

<https://www.nber.org/papers/w34997>

Paid leave policies are designed to help workers balance work with caregiving responsibilities, yet research has focused predominantly on parental leave while the literature on non-parental caregiving leave remains nascent. This chapter reviews the evidence on the impacts of paid family leave (PFL) and paid sick leave (PSL) policies, with a focus on non-childbirth-related caregiving. We begin with an overview of the prevalence and challenges of informal caregiving in the US and internationally, followed by a description of the current paid caregiving leave policy landscape. We then review evidence on the impact of these policies on leave take-up, labor market outcomes, caregiver health and well-being, employer outcomes, and utilization of formal care. We find that paid leave policies have successfully increased leave take-up and that PFL improves labor market outcomes for workers with caregiving responsibilities, without adversely affecting employers. There is also some suggestive evidence of improvements in caregivers' mental health. We additionally provide an update of the paid parental leave literature since it was last reviewed by Rossin-Slater (2018), describing the latest evidence on maternal health, child health and development, parental labor market outcomes, and employer outcomes. We conclude by identifying key gaps in the literature, including the lack of research on the outcomes of (non-child) care recipients, limited evidence on employer responses, and the underexplored role of PSL in supporting caregiving needs.

► Private compulsory long-term care insurance in Germany: A comprehensive overview

BAHNSEN, L. ET NEUSIUS, T.
2026

Leipzig, Z.B.W. Wifin Working Paper 20/2026

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/340009/1/1968079416.pdf>

In 1995, Germany established a two-tier compulsory long-term care insurance scheme. While the public branch, with its pay-as-you-go character, lacks sustainable financing due to demographic circumstances, the capital-funded private branch is supposed to be sustainably financed through its special financial architecture. However, specific legal regulations restrict the calculation of premiums, as is the case in a free competitive insurance market with capital funding, and make the inclusion of transfer elements necessary. We present a synopsis of actuarial expertise on German private compulsory long-term care insurance. Therefore, we make the existing German-speaking literature available to an international audience. In doing so, we provide a comprehensive overview of how private compulsory long-term care insurance in Germany works. Considering recent debates on reforming long-term care insurance financing, understanding the functioning and sustainability of the private branch is of increasing interest. As the financial strain on the public sector intensifies, questions arise about the potential future role of capital-funded private long-term care insurance.

► Trends in Health Inequalities among Spanish Retirees

BELLES-OBREIRO, C., FLORES MALLO, M., GARCIA-GOMEZ, P., *et al.*
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35105

<https://www.nber.org/papers/w35105>

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.

► **Health Inequalities Among Danish Retirees 2004-2022**

BINGLEY, P., DATTA GUPTA, N., KALLESTRUP-LAMB, M., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35165

<https://www.nber.org/papers/w35165>

Using Danish SHARE data from 2004–2022, we examine income gradients in health among retirees ages 60–79 across functional, diagnosed, comprehensive, mental, and cognitive domains. Higher-income retirees are healthier across all dimensions, but the evolution of inequality differs across measures. Functional and comprehensive health gaps narrow over time because lower-income retirees improve, whereas mental health gaps remain large and persistent. Diagnosed and cognitive health show smaller, less stable gradients. Overall, health inequality at older ages is substantial but not uniform: physical health disparities compress, while mental health disparities show no sign of convergence.

► **Future long-term care expenditure trajectories across OECD countries**

BLAVET, T., LORENZONI, L. ET RAPP, T.

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 194

https://www.oecd.org/en/publications/future-long-term-care-expenditure-trajectories-across-oecd-countries_800aba3e-en.html

Public long-term care (LTC) spending across OECD countries is projected to almost double by 2050, rising to 2.8% of GDP. This increase is driven by growing numbers of older people with care needs. Both com-

ponents of LTC will expand: the health-related share is projected to reach 1.7% of GDP, and the social-care share 1.1% of GDP. These trends reflect estimated relationships between dependency levels, demographics, and LTC spending, based on OECD time-series data and survey-based measures of disability. The rise in LTC costs will occur alongside substantial growth in other age-related expenditures. By 2050, public pension spending is expected to increase from 8.8% to 10% of GDP, while public health spending will rise from 5.5% to 8.8% of GDP. Given these predictable pressures, governments need long-term strategies to ensure the sustainability of LTC systems. Key priorities include anticipating future demand, expanding and supporting the workforce, improving productivity, and aligning LTC reforms with broader efforts to manage rising pension and healthcare costs. Scenario analysis – covering cost pressures, healthy ageing, and productivity gains – highlights the importance of policy choices in shaping spending trajectories.

► **Résidences services seniors : une crise en trompe l'œil, des défis à anticiper**

BROUSSY, L. ET GIRAUD, K.

2026

Paris, Matières Grises

https://matieres-grises.fr/nos_publication/residences-services-seniors-une-crise-en-trompe-loeil-des-defis-a-anticiper/

Ce document analyse l'évolution, les défis et les enjeux du secteur des résidences services seniors en France face aux transformations démographiques et sociologiques.

► **Mission inter-inspections relative aux diverses formes d'habitat partagé adapté au vieillissement**

CAILLON, P., ROUGIER, I. ET MOREAU DE SAINT-MARTIN, L.

2026

Paris, I.G.A.S. Rapport IGAS Igas 2025-057R

<https://www.igas.gouv.fr/mission-inter-inspections-relative-aux-diverses-formes-dhabitat-partage-adapte-au-vieillessement>

Dans la continuité d'un précédent rapport de 2024, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (Igedd) analysent les diverses

formes d'habitat partagé adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie.

► **Optimal Long-Term Care Provision and Insurance with Heterogeneous Preferences and Risks**

CLAVET, N.J., MICHAUD, P.C. ET NAVAUX, J.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35284
<https://www.nber.org/papers/w35284>

We develop a model of optimal long-term care provision and insurance with heterogeneous risk and preferences. Using a novel survey experiment, we estimate preferences (demand) for care settings and service bundles. We then calibrate health transitions and the supply of services using Canadian administrative data for the province of Quebec. The optimal insurance scheme has lower co-insurance in nursing homes and higher co-insurance in home care while leading to a constrained expansion of home care services. Relative to the prevailing system, optimal provision increases home care utilization, raises public expenditure three-fold, and delivers a large increase in consumer surplus.

► **Rapport d'activité thématique - Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : Synthèse des rapports d'activité 2024**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE
2026

Paris, C.N.S.A.
<https://www.cnsa.fr/publications/rapport-activite-conferences-des-financeurs-prevention-perde-autonomie>

Ce document présente une synthèse des activités et des enjeux des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en 2024, axée sur l'investissement, la répartition territoriale, la prévention et la qualité des services pour les personnes âgées.

► **Les déterminants socio-démographiques de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie**

COMPERE, W., ACHOU, B., DE DONDER, P., *et al.*
2026

Montréal, C.I.R.A.N.O. Cirano Working Paper 2026s-03

<https://cirano.qc.ca/files/publications/2026s-03.pdf>

This paper examines the main socioeconomic and demographic determinants likely to influence individuals' decisions to provide long-term care to their parents. To do so, the authors draw on original data from a survey conducted in 2023 among 2,300 people living in Quebec and Ontario, aged 45 to 58. They successively analyze three dimensions of the decision to provide anticipated help (the choice of the potential recipient, the type of care, and the expected weekly intensity) in order to capture the complexity of the decision-making process upstream of engagement in informal care. They show that these determinants are based on distinct trade-offs. The choice of caregiving arrangement is primarily shaped by organizational constraints (whether the caregiver works full time or not) and the anticipated burden (depending on the life expectancy of the care recipient), whereas the expected intensity of help depends on gender norms, time constraints (notably related to full-time employment and retirement), the perceived health status of the recipient, and the parent-child relationship. This heterogeneity highlights that the willingness to help stems neither from a purely affective logic nor from a strictly economic calculation.

► **Les petites pensions de retraite : des revalorisations ciblées, mal maîtrisées**

COUR DES COMPTES
2026

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2026]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-9-Petites-pensions-de-retraite.pdf>

La revalorisation des petites pensions de retraite, à la suite de la réforme de 2023, a été présentée comme une augmentation de 100 € par mois des pensions inférieures à 1 200 €. Du fait des conditions à remplir, seulement 30 % des personnes percevant une petite pension en ont bénéficié, en moyenne à hauteur de 30 € par mois pour les nouveaux retraités et 45 € pour les anciens retraités. Pour ces derniers, la mise en œuvre s'est traduite par des versements tardifs et parfois erronés, en raison des difficultés d'accès aux données de carrière. L'information des retraités sur leurs droits reste insuffisante.

► **The impact of population ageing on consumption in Spain: revisiting the retirement-consumption puzzle**

CUTANDA, A. ET SANCHIS, J.A.

2026

Valence, Université de Valence .Working Papers in Applied Economics WPAE-2026-2604

http://repecsuv.es/paper/RePEc/pdf/eec_2604.pdf

As the proportion of the Spanish population entering retirement continues to grow, the sustainability of the pay-as-you-go social security system is facing increasing pressure. This study examines the implications of this demographic shift on consumption patterns in Spain from 2002 to 2017, focusing specifically on the retirement consumption puzzle using data from the Survey of Households Finances (SHF). Our findings, obtained from various estimation methods, suggest that the average decline in non-durable consumption at retirement is approximately 20%. This is in line with results from other developed economies and exceeds previous estimates for Spain. However, our analysis provides inconclusive results regarding spending on food and beverages. Finally, we observe no significant differences in the responses of working individuals and retirees to changes in interest rates, which suggests that monetary policy does not necessarily have to be adjusted due to the fact that the population is ageing.

► **The Impact of Informal Caregiving on the Well-being of Older Adults in Europe**

DARBO, M., FONSECA, R. ET LEROUX, M.L.

2026

Montréal, C.I.R.A.N.O. Cirano Working Paper 2026s-04

<https://cirano.qc.ca/files/publications/2026s-04.pdf>

Les soins informels constituent un pilier de la prise en charge à long terme des personnes âgées, mais peuvent engendrer des coûts psychologiques importants pour les aidants. À partir de sept vagues (2004-2022) de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) menée dans 27 pays, nous estimons l'effet causal de la fourniture régulière de soins personnels à domicile sur les symptômes dépressifs et la qualité de vie. Nous estimons des modèles dynamiques de panel à variables instrumentales (VI) avec effets fixes pays et vague, en exploitant la persistance des soins et en utilisant des indicateurs décalés de la fourniture de soins comme instruments pour trai-

ter la causalité inverse et l'hétérogénéité non observée. Nos estimations de base indiquent que la fourniture de soins informels augmente les symptômes dépressifs d'environ 25 % et réduit la qualité de vie d'environ 6 % par rapport aux personnes ne fournissant pas de soins. Ces effets néfastes sont plus marqués chez les conjoints aidants et lorsque les soins sont prodigués de manière prolongée ; ils persistent même après la fin des soins. Des tests de robustesse utilisant des résultats alternatifs, des sous-échantillons et des spécifications suggèrent que les coûts en matière de bien-être liés aux soins informels sont considérables et généralisés, soulignent la nécessité de politiques de soins de longue durée qui tiennent explicitement compte du fardeau de santé mentale représentant les aidants familiaux.

► **The Protective Effects of a Healthy Spouse: Medicare as the Family Member of Last Resort**

FADLON, I., GROSS, T., HOAGLAND, A., *et al.*

2026

Berkeley, University of California. UC San Diego Previously Published Works

<https://escholarship.org/content/qt5rw0629r/qt5rw0629r.pdf>

We use novel Medicare data that link spouses to examine how one spouse's sudden incapacitation affects their partner's need for formal care. A spouse's health shock causes their partner to be 18% more likely to visit a skilled nursing facility. That pattern reflects both a change in health and a shift from informal care to formal care. After one spouse is incapacitated, the other spouse becomes less sensitive to the price of formal care. We explore the implications for optimal health insurance contracts, showing that these within-household spillovers imply that the optimal health insurance contract should provide more generous coverage to those whose spouses are incapacitated relative to those whose spouses are available to provide care.

► **Risk Adjustment for ADRD in Medicare Advantage and Health Care Experiences**

FU, W., QIAN, Y., KARIMI, Z., *et al.*

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18417

<https://docs.iza.org/dp18417.pdf>

Failure to account for the full complexity and costs of high-need populations in the risk-adjusted capitated payment model for Medicare Advantage (MA) plans

may create financial disincentives for plans to invest in comprehensive care for affected beneficiaries, potentially exacerbating health disparities. This paper leverages the reinstatement of Alzheimer's Disease and Related Dementias (ADRD) hierarchical condition category (HCC) into the MA risk-adjusted payment model in 2020 as a quasi-natural experiment to study how risk-adjustment model affects access, affordability, and quality of care. Using MA beneficiaries in the Medicare Current Beneficiary Survey (2015–2022), our DiD analysis compares beneficiaries with ADRD with those without ADRD but with similar neurologic conditions. We find that the revised risk-adjusted payment model is associated with a 6.6 pp decrease in reporting any troubles accessing needed care and a 9.2 pp decrease in reporting any medical financial burden among MA beneficiaries with ADRD. These findings suggest that refining risk adjustment to better capture the costs of chronic and complex conditions can help align MA plan incentives with the needs of vulnerable populations and promote care equity.

► **Unready: The State of Preparedness of Current and Future Caregivers**

GELLERT, A. ET KOLLURI, S.P.

2026

New-York, TIAA Institute. TIAA Institute Research Paper Series 237

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6804838

Like most developed nations, the United States is experiencing rapid population aging. Between 1920 and 2020, the number of Americans over the age of 65 grew roughly five times faster than the general population (US Census Bureau 2023). As households age and experience changes in health status, they face increasingly complex decisions regarding the management and provision of long-term care (LTC), particularly for aging parents or relatives. Johnson (2019) estimated that upwards of 70% of older adults will require some form of LTC during their lifetimes, exposing many to potentially high expenses. LTC needs can arise gradually, as in the case of Alzheimer's disease and related dementias (ADRD), or suddenly following acute events such as a stroke. These needs often trigger caregiving responsibilities within families. Adult children frequently assume the role of caregiver, making difficult decisions about who bears responsibility for care, who provides care, how the care is delivered, and who pays for the care. Many families rely on unpaid caregiving

from one or more adult children, and the scale of this unpaid labor is significant. An estimated 37.1 million Americans over the age of 15 were providing unpaid elder care in 2023 (Bureau of Labor Statistics BLS 2023). To assess the preparedness of future caregivers, we surveyed US adults between 40 and 64 with at least one living parent. Our goal was to investigate how individuals plan for potential caregiving needs, the impacts they expect, and the resources they anticipate using. We captured responses from both current caregivers and non-caregivers to compare levels of preparedness and knowledge across these groups. We also examined variation among caregivers based on whether caregiving began as a result of a crisis event. Our analysis focuses on the reported impact of caregiving (both actual and anticipated) on retirement planning, saving behavior, employment, and self-reported measures of financial well-being. We also examine potential barriers to planning for caregiving, including emotional reluctance to initiate difficult conversations, and explore respondents' awareness of their parents' own preparations for aging and care.

► **Les séniors, des mangeurs comme les autres ? Enjeux liés au vieillissement et à la dépendance**

GRESSIER, M. ET VILLEGAS, L.

2026

Paris, C.R.E.D.O.C. Cahier de Recherche 361

<https://www.credoc.fr/publications/les-seniors-des-mangeurs-comme-les-autres-enjeux-lies-au-vieillessement-et-a-la-dependance>

Dans un contexte de vieillissement de la population, l'alimentation des personnes âgées constitue un enjeu central à la croisée des dimensions nutritionnelles, sanitaires et sociales. Si l'avancée en âge s'accompagne de besoins spécifiques et de recommandations nutritionnelles particulières, les pratiques alimentaires des seniors restent marquées par une grande diversité de situations, liées à la fois aux habitudes, aux conditions de vie et à l'état de santé. Ce cahier de recherche vise à décrire et analyser les pratiques alimentaires des personnes âgées de 65 ans et plus. D'une part, il permet d'en caractériser les spécificités, en les replaçant par rapport aux pratiques de l'ensemble de la population et des tranches d'âge plus jeunes. D'autre part, il met en lumière des enjeux spécifiques associés à l'avancée en âge en étudiant un échantillon de personnes aidant un sénior fragile ou relevant de la « dépendance culinaire », c'est-à-dire un besoin d'aide pour organiser

ou réaliser les tâches liées à l'alimentation. Ce cahier de recherche permet enfin de mettre en lumière la manière dont l'aide en lien avec l'alimentation est mise en œuvre au quotidien, et dont elle impacte les aidants eux-mêmes.

► **Determinants of Formal Social Care Receipt in Settings of Public Funding Shortages**

GOSWAMI, B., SUTTON, M. ET LAU, Y.S.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5849621

Ageing populations are creating increasing demand for formal social care in many countries and shortages in public funding for long-term care are likely to change who receives it. This study provides contemporary empirical evidence from England, during a period of sustained austerity policies and evolving family structures, and addresses a gap in the literature that has relied largely on pre-austerity data. Using data from 7,095 community-dwelling older adults in the 2018-19 English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), we examine the demographic, health and economic determinants of receiving formal care and state-funded support in a means-tested system. We estimate weighted stepwise multivariate logit models to identify key predictors of care receipt, using variance inflation factors to account for multicollinearity. Receiving formal support is most strongly predicted by functional limitations in Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) and mobility, and to a lesser extent by Activities of Daily Living (ADLs), while individuals in lower income quintiles are significantly less likely to receive formal care. Conversely, those in lower wealth quintiles demonstrate higher odds of receiving state-funded care. Marital status and co-residence patterns also influence utilisation with single, widowed, or divorced individuals more likely to rely on formal services, implying a substitution effect with informal care. These findings quantify how access to publicly funded social care is strongly conditioned by the severity of an individual's health and economic needs, thus raising important policy questions on stringent means-testing, frozen capital thresholds and widening inequalities in care access.

► **The Impacts of Medicaid's Managed Long-Term Services and Supports on Health Outcomes in Medicare**

LEE, A., ROSSIN-SLATER, M., STAIGER, B., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35055

<https://www.nber.org/papers/w35055>

An aging US population has raised important questions regarding the organization, delivery, and funding of long-term services and supports (LTSS), prompting many state Medicaid programs to shift from fee-for-service to managed care models for LTSS delivery. We analyze the effects of transitioning to managed LTSS (MLTSS) on health outcomes among dual-eligible Medicare-Medicaid beneficiaries aged 65 and older in Florida and New York. Using Medicare claims data and a differences-in-differences design leveraging county-by-county MLTSS rollouts, we find that MLTSS leads to a 4.2 percent increase in hospitalizations in Florida, but no significant change in New York. Analysis of preventive care suggests that declining flu vaccination rates in Florida may have contributed to increased hospitalizations from respiratory causes. These findings highlight important differences in MLTSS effects across states and underscore the value of Medicare data for measuring health effects in the dual-eligible population.

► **Labor Supply when Parents are in Need of Care**

LIZARDI, E.R., FEVANG, E., KVERNDOKK, S., *et al.*

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18508

<https://docs.iza.org/dp18508.pdf>

Using Norwegian administrative register data, we show that having a lone parent in the terminal stage of life or close to a nursing home admission has a small negative effect on the offspring's labor supply, both at the extensive and the intensive margins. While the effects at the intensive margin are reversed after the parent is admitted to nursing home or dies, the negative employment effects are not. We provide evidence indicating that labor supply changes around these critical events are primarily driven by income effects related to a realized or forthcoming inheritance and not by care requirements. Given the scale and quality of publicly provided long-term care in Norway, we conclude that while a parent's need for care does trigger a significant rise in offspring's (particularly daughters') short-term absence from work, it does not noticeably affect their

overall employment and earnings.

► **Changes in Health Inequalities among Older Individuals in Japan**

OSHIO, T. ET SHIMIZUTANI, S.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35094

<https://www.nber.org/papers/w35094>

This study examined how health inequalities with respect to income have changed among older adults in Japan from 2001 to 2022. The past two decades have witnessed a series of public pension reforms and increased labor force participation among older individuals. The pro-rich concentration of good health has become less clear for self-rated health and activities of daily living among older men. However, income-related inequality in stress/anxiety increased over time in men, and no clear trend was observed for health deficiencies or conditions. Compared to men, women showed more mixed results, with widening inequalities in health deficiencies and conditions.

► **Do Foreign Care Workers Affect Native Health Outcomes?: Evidence from Japan's Care Sector**

PENG, X. ET DAI, E.

2026

Fukuoka, Asian Growth Research Institute. AGI Working Paper Series 2026-07

<https://econpapers.repec.org/paper/agiwpaper/02000271.htm>

To alleviate the growing shortage of care workers, the recruitment of foreign labor has become an important strategy in the care sectors of many high-income countries. However, existing studies on the impacts of foreign care workers--an issue of major concern for host countries--remain limited and report mixed findings. Taking Japan as a case study, this paper empirically examines whether the employment of foreign care workers in the care sector affects the health outcomes of native residents. We use Japanese native mortality rate attributable to care institutions as a proxy for health outcomes and focus on the impact of the share of foreigners among Certified Care Workers (CCWs). Using prefecture-level panel data from 2012 to 2023 and fixed-effects models, we find a statistically significant and negative association between the share of foreigners among CCWs and the native mortality

rate attributable to care institutions. However, when applying causal inference methods, the causal effect remains inconclusive. We further examine heterogeneous associations and obtain several noteworthy findings. In addition, pathway analyses suggest that the negative association between the share of foreigners among CCWs and native mortality rates is more likely driven by improvements in the quality, rather than the quantity, of care workforce human capital. Overall, our findings indicate that the employment of foreign CCWs is associated with improved health outcomes for native residents, thereby supporting the continuation of Japan's immigration policy of admitting foreign CCWs in the care sector--a field facing an increasingly severe labor shortage.

► **Geriatric Emergency Care, Hospitalization, and Mortality Among Older Adults in the United States**

QIAN, Y., GETTEL, C., SU, J., *et al.*

2026

Hanovre, Global Labor Organization .GLO Discussion Paper 1736

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwglodps/1736.htm>

Emergency departments are a primary point of contact between older adults and the healthcare system, yet standard emergency care is poorly adapted to the complex needs of geriatric patients. Geriatric Emergency Departments (GEDs) - accredited units that integrate geriatric-trained staff, age-friendly protocols, and post-visit care coordination - have expanded rapidly across the United States, but rigorous evidence on their effectiveness at the national scale remains scarce. This paper provides the first nationally representative estimates of GED effects on hospitalization and mortality among Medicare beneficiaries aged 65 and older. Linking data from the Health and Retirement Study (HRS) to Medicare claims, we estimate multivariable logistic regression models with comprehensive controls for sociodemographic, health, and functional characteristics. We find that older adults treated at a GED were 9.7 percentage points less likely to be hospitalized and 6.1 percentage points less likely to die within 30 days, compared to those treated at a non-GED emergency department. Placebo tests and sensitivity analyses support causal interpretation. However, treatment effect heterogeneity analysis reveals that gains are concentrated among non-Hispanic white patients and adults under age 80; Black and Hispanic older adults exhibit no statistically significant benefit,

consistent with persistent disparities in post-discharge care access and social support. These findings suggest that GED accreditation improves downstream health outcomes at scale, but that structural inequities outside the emergency department attenuate benefits for minority patients. Policies targeting both the expansion of GEDs and the broader care infrastructure available to disadvantaged older adults are needed to realize equity gains from the GED model.

► **Mission complémentaire sur le système de retraite des agents des collectivités locales et des établissements hospitaliers – Perspectives à horizon 2045**

TRUPIN, L., SAYEN, B. ET FERRAS, B.
2026

Paris, I.G.A.S. (Rapport de l'igas 2014-118R2)

<https://www.igas.gouv.fr/mission-complementaire-sur-le-systeme-de-retraite-des-agentes-des-collectivites-locales-et-des-etablissements-hospitaliers-perspectives-horizon-2045>

Dans la continuité d'un précédent rapport de 2024*, le rapport conjoint de l'Igas, l'IGA et l'IGF explore et analyse les pistes d'amélioration du financement et de la gestion du régime d'assurance vieillesse et invalidité des agents titulaires (ayant une activité hebdomadaire d'au moins 28 heures des fonctions publiques territoriales et hospitalières). Ces travaux se distinguent de ceux réalisés en 2024 à plusieurs égards, avec, notamment, des projections de recettes et de dépenses à plus long terme (entre 2025 et 2045) ainsi qu'une analyse élargie des effets des propositions, d'une part, sur les équilibres du système de retraite dans son ensemble ou dans le champ public et, d'autre part, sur les administrations publiques, prises en compte globalement ou par secteur. Ils soulignent la nécessité d'évolutions fortes pour permettre le retour à l'équilibre du régime.

► **Neighborhood Disorder and Dementia Risk in U.S. Older Adults: The Role of Cardiometabolic Risk**

YU, J., WANG, Y., GILL, T.M., *et al.*
2026

Hanovre, Global Labor Organization. GLO Discussion Paper 1744

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/340096/1/GLO-DP-1744.pdf>

We estimate the effect of neighborhood disorder on dementia risk among middle-aged and older adults

in the United States and identify cardiometabolic dysregulation as a mediating biological pathway. Using data from the Health and Retirement Study (HRS, 2006-2020), we show that exposure to visible neighborhood disorder is associated with higher risk of dementia (Hazard Ratio: 1.37; 95% CI: 1.08-1.74) and higher risk of cognitive impairment no dementia (CIND; HR: 1.50; 95% CI: 1.22-1.85) over a 14-year follow-up. Mediation analysis reveals that a composite cardiometabolic risk score-aggregating seven biomarkers spanning inflammatory, cardiovascular, and metabolic systems-accounts for approximately 16 percent of the total neighborhood disorder-dementia association and 19 percent of the neighborhood disorder-CIND association. These findings are robust to competing-risk regression for mortality, restriction to non-movers, age-at-onset restrictions, and exclusion of pandemic-year data. The results establish neighborhood disorder as a modifiable upstream risk factor for cognitive decline and identify cardiometabolic health as a biologically proximate mediating pathway. The findings have implications for place-based public health policy: community-level interventions that simultaneously reduce visible signs of neighborhood decay and address cardiometabolic risk may yield dementia-prevention dividends beyond what individual-level clinical strategies alone can achieve.

► **Can Household Participation in Health Insurance Be Enhanced by Community-Based Home Care Services? Evidence from Quasi-Natural Experiments in China's Older Adult Care Policies**

YUANYUAN, J., XIAOWEN, C., XUEZENG, L., *et al.*
2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5848545

In response to China's rapidly aging population, the Ministry of Civil Affairs and the Ministry of Finance launched pilot reforms of Community-based Home Care Services for Older Adults (CHCSOA) in five batches of cities between 2016 and 2020, concurrently strengthening the basic health insurance system. Leveraging longitudinal data from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS, 2011-2020), this study employs a dynamic difference-in-differences approach to evaluate the impact of these reforms on household health insurance participation. The results indicate that the CHCSOA policy signifi-

cantly increased health insurance enrollment rates in pilot cities. Mechanism analyses identify peer effects, expectation effects, and income effects as the primary channels driving this outcome. Furthermore, heterogeneity analysis reveals that the effect was more substantial for households with more children, less frequent child contact, better overall health levels, and higher economic status. These findings offer critical insights for designing effective policies to cope with population aging and enhance health insurance coverage.

Index des auteurs Author index

A

Abbasi, S.	18
Abbott, A.	38
Achou, B.	45
Agence nouvelle des solidarité active.....	22
Akosa Antwi, Y.	25
Algava, E.	41
Alles, L.	26
Alphson, B.	15
Anand, P.....	43
Angelucci, M.	15
Aouad, M.....	11 , 25
Auberger, M.....	30

B

Bahnsen, L.	43
Barbadillo, M.	11
Barschkett, M.	37
Batifoulier, P.	26
Baudet, G.	31
Beaucourt, C.....	34
Belles-Obrero, C.	43
Bennaceur, I.	30
Bergantino, A.S.	22
Bernard, M.	31
Bezannier, L.....	20
Bezzaz, M.....	35
Bingley, P.....	44
Bisztray, M.	42
Blanchflower, D.G.....	20
Blascak, N.E.....	25
Blavet, T.....	44
Bonal, M.	23
Bonnefond, G.....	36
Bourges, A.	31
Branco, R.	23
Broussy, L.....	44
Bryson, A.	20

C

Caillet, C.	36
------------------	----

Caillon, P.....	44
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	45
Camard, J.P.	23
Caravaggio, N.....	22
Caron, A.....	20
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité sociale.....	16
Chevillard, G.	23
Chone, P.	40
Clavet, N.J.	45
Clemens, J.	12
Cocard, M.....	35
Collège National des Sages-Femmes.....	38
Comité d'alerte de l'Ondam.....	13
Comité pour le développement durable en santé.....	30
Compere, W.....	45
Connelly, L.B.	27
Conseil national de l'Ordre des médecins..	20 , 39
Corso, M.	19
Cour des comptes	12 , 16 , 24 , 25 , 26 , 39 , 45
Courtemanche, C.	25 , 39
Cubi-molla, P.....	19
Cutanda, A.....	46
Cutler, D.M.....	17
Cylus, J.	17

D

Dai, E.....	49
D'albis, H.....	31
Darbo, M.	46
Da Silva, N.....	26
Datta Gupta, N.....	44
Datta, I.	13
Dedes, V.	23
De donder, P.	45
Demoly, E.	26 , 27
De Nardi, M.	29
Deroyon, T.....	26 , 27
Direction de la Sécurité sociale	32
Dixte, C.	27

E

Esbelin, L.	27
Espagnacq, M.	24

F

Fabregas, R.	15
Fadlon, I.	46
Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques	36
Ferras, B.	50
Fevang, E.	48
Fiorentini, G.	27
Flores Mallo, M.	43
Fonseca, R.	46
Forman, R.	17
Fougere, E.	29
Fu, W.	46

G

Gangopadhyaya, A.	13
Garcia-Gomez, P.	43
Garuccio, J.	25 , 39
Gayet, C.	34
Gaynor, M.	14
Gellert, A.	47
Gettel, C.	49
Giertz, S.H.	18
Gill, T.M.	50
Giraud, K.	44
Gorman, C.D.	37
Goswami, B.	48
Gressier, M.	47
Gross, T.	46
Guillas-Cavan, K.	42

H

Halpern, C.	35
Handel, B.R.	21
Haugomat, T.	31
Haut Conseil de la santé publique	28
Haute Autorité de santé	32 , 35
Heizlsperger, L.J.	21
Hervieu, C.	19

Hesse, M.	37
Hoagland, A.	46
Howard, D.H.	27

I

Intini, M.	22
-----------------	----

J

Jolivet, A.	42
Jung, M.	41

K

Kaestner, R.	13
Kakani, P.	17
Kallestrup-Lamb, M.	44
Kanter, G.P.	17
Karimi, Z.	46
Klamet, L.R.	17
Knecht, J.	21
Kolluri, S.P.	47
Kowalczyk, E.	34
Kverndokk, S.	48

L

Lau, Y.S.	48
Le Défenseur des droits	28
Leder-luis, J.	27
Lee, A.	48
Lee, S.	13
Leroux, M.L.	46
Leroy, C.	31
Lizardi, E.R.	48
Lorenzoni, L.	44
Lydie, N.	29

M

Macclancy, C.	19
Maciel, M.	30
Mahajan, A.	12
Mai, J.	13
Manns, A.	31



Marques, R.	30
Matiashevili, T.	43
Maurice, L.	41
Mcgee, R.	29
Michaud, P.C.	45
Michel, B.	37
Ministère chargé de la Santé.....	32
Mondeilh, A.	29
Monteil, S.	30
Moreau de saint-martin, L.	44
MurakÖzy, B.	42

N

Nafia, H.	24
Navaux, J.	45
Neusius, T.	43
Nielsen, S.A.	37
Nie, P.	17

O

Organisation de coopération et de développement économiques	33 , 36 , 37 , 38
Organisation Mondiale de la Santé	21
Or, Z.	33
Oshio, T.	49
Oustric, S.	40
Oyalo, P.	19
Ozdamar, S.	33

P

Padilla, C.	23
Parry, A.	33
Pascal, M.	19
Peng, X.	49
Peto, R.	42
Philipson, T.J.	18
Pichetti, S.	24

Q

Qian, Y.	46 , 49
---------------	---------

R

Ramezani, R.	18
Rapp, T.	44
Rashidi, M.	27
Raynaud, J.	23
Revel, N.	28
Rose, L.	11
Rossin-slater, M.	43 , 48
Rougier, I.	44
Roux, L.	34
Russo, N.	29
Rylow, J.	31

S

Sabia, J.J.	12
Sanchis, J.A.	46
Santé publique France.....	22
Sayen, B.	50
Shepard, M.	14
Shimizutani, S.	49
Shuftan, N.	17
Sims, A.	14
Sousa-Poza, A.	17
Spitzer, S.	17
Staiger, B.	48
Starc, A.	14
Su, J.	49
Sutton, M.	48
Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi	40

T

Terkonda, A.	14
Thomas, N.	31
Treguier, J.	37
Trupin, L.	50

V

Van Den Bekerom, L.	29
Van Gestel, L.	29
Verzat, V.	31
Villegas, L.	47

W

Wagner, T.....	11
Wagner, V.....	19
Wallace, J.....	14
Wang, Y.	50
Whitehead, S.	35
Wilner, L.	40
Winance, M.	24

X

Xiaowen, C.	50
Xuezeng, L.	50

Y

Yde, E.....	17
Yuanyuan, J.....	50
Yu, J.....	50

Z

Zhang, D.	18
Zuchowski, D.	30