

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mars 2026 / March 2026

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-Santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary 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 Regulation of Contract Generosity in Selection Markets: The Case of Medicare Advantage**
Gluzman, J. et Zhou, Y.
- 11 Health Insurance Data in the PSID**
Levy, S.
- 11 Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report**
Organisation mondiale de la santé
- 11 Les modèles de prise en charge financière des patients atteints de maladies chroniques (France, Allemagne, Australie, Angleterre, Belgique, Italie, Pays-Bas)**
Peano, A.

Démographie Demography

- 12 Bilan démographique 2025 : En 2025, le solde naturel en France est négatif pour la première fois depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale**
Thelot, H.

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

- 12 The "Dr Google" Effect: Online Health Information and Its Implications**
Berta, P., Guerriero, C., Moccia, S., et al.
- 13 A Review on the Socioeconomic Impacts of Artificial Intelligence on Information, Education, Healthcare, and Social Protection**
Capraro, V.
- 13 Reach Out and Heal a Heart: Tele-ICU and Low Virtualization Care Processes**
Gopukumar, D., Menon, N.M., Das, S., et al.

- 13 Personal health data systems in OECD countries Insights into structures and solutions for public access and use**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 14 Drivers of Telehealth Utilization for Mental Health Care: A Longitudinal Analysis Across a Pandemic Disruption**
Tekriwal, M., Ayabakan, S., Kumar, N., et al.

Economie de la santé Health Economics

- 14 Playing Catch-up with Health Savings**
Berman, J., Bloomfield, A. et Slavov, S.
- 14 Public Insurance and Demand for Private Healthcare**
Bhattacharya, T., Chakraborty, T. et De, P.K.
- 15 La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé**
Bonnet, O. et Desjonqueres, A.
- 15 Avis sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S) : L'urgence de penser l'accès aux soins**
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
- 15 Démographie et finances publiques : rapport de la Cour des comptes**
Cour des comptes
- 15 Organismes d'assurance : la prévoyance plus rentable que la complémentaire santé**
De Williencourt, C. et Poulon, P.
- 16 La protection sociale en France et en Europe en 2024 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2025**
Dherbecourt, C. et Didier, M.
- 16 La complémentaire santé solidaire : Rapport annuel 2024**
Direction de la Sécurité sociale

- 16** Note du HCFiPS sur l'état des lieux du financement de la Sécurité sociale : une loi de financement votée mais sans perspective de redressement financier de la Sécurité sociale

Haut Conseil du financement de la protection sociale

- 16** Tariffs on Medical Goods: Pass-through, Geography, and Aggregate Costs to the US Healthcare System

Kang, M., Meng, X., Russ, K.N., et al.

- 17** Life Year Economics: Life-Years per Capita (LYPC) as a Framework for Evaluating Redistribution and National Well-Being

Maverick, A.

- 17** Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Poulon, P.

Environnement et santé Environmental Health

- 17** Les politiques climatiques sont aussi une opportunité pour la santé publique

Pham, M., Moutet, L., Adelaide, L., et al.

- 18** Bassins industriels et santé : première étude nationale multisites sur l'état de santé des populations autour des grands bassins industriels

Roudier, C., Gorla, S., Hardy, P., et al.

État de santé Health Status

- 18** Usages des réseaux sociaux numériques et santé des adolescents

Agence nationale de sécurité sanitaire

- 18** Cocaïne : Rapport d'expertise collective de l'Inserm

Champeyrache, C., Donnadieu, H., Jouanjus, E., et al.

- 18** L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2024

Francou, C.

- 19** Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Grange, D. et Richard, J.B.

- 19** Loss Aversion and the Persistence Gap in Health Behavior: A Dynamic Model of Recovery under Health Shocks

Yamaki, N. et Churiki, T.

Géographie de la santé Geography of Health

- 19** Re-Examining Geographic Variation in Health and Health Care

Finkelstein, A. et Gentzkow, M.

Handicap Disability

- 20** The Effect of Paid Sick Leave Mandates on Individuals with Disabilities: Evidence from Social Security Disability Claims

Assamidanov, A., Dave, D.M., Lipton, B., et al.

- 20** La prestation de compensation du handicap : Un coût croissant, une cohérence à renforcer

Cour des comptes

- 20** Rapport d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société. 2 tomes

Dubre-Chirat, N. et Saint-Pasteur, S.

Hôpital Hospital

- 21** Shifting care from inpatient towards day-care and ambulatory care: Impact on readmission rates and post-discharge mortality. Part 1

Bouckaert, N., Savoye, I. et Zeevaert, R.

- 21** Évaluation of an Innovative "Emergency Department Surge" Program for the Care and Treatment of Patients with Low-Acuity Conditions

Brown, A.E., Bundy, A., Chia, S., et al.

- 21** Demand Shocks and Product Quality: Evidence from Hospitals

Cao, J., Lei, L., Song, L., et al.

- 21 En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe**
Delort, L. et Vergondy, L.
- 22 Can financial incentives shift health care from an inpatient to an outpatient setting?**
Grasic, K., Siciliani, L., Wen, J., et al.
- 22 A seven-day allied health model of care in an acute hospital trauma population: an implementation study**
Hargreaves, L., Ankravs, J., Peiris, C.L., et al.
- 22 Financial Performance of State-Owned Teaching Hospitals in Bulgaria**
Minev, M. et Koeva-dimitrova, L.
- 23 The Deadly Consequences of Labor Scarcity: Evidence from Hospitals**
Schlenker, O.
- 23 Economic Valuation of Psychological Processes: Examining Healthcare Decision-Making in Chronic Disease Management**
Tabaei-Aghdaei, Z.S., Coote, L.V., McColl-Kennedy, J.R., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 24 Socioeconomic Inequality in Unmet Long-Term Care Needs**
Andres, R. et Stoyanova, A.
- 24 Endoscopies digestives en France : moins de recours pour les plus modestes et des délais qui s'allongent**
Bara, W. et Naouri, D.
- 24 Socioeconomic Inequality in Longevity: A Multidimensional Approach**
Bingley, P., Thustrop Kreiner, C.L. et Ly Serena, B.
- 25 De 2012-2016 à 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru**
Blanpain, N.
- 25 The Effects of Pension Reforms on Health Inequality in Italy**
Brugiavini, A., Buia, R.E., Pasini, G., et al.
- 25 Interdisciplinary Analysis of Disparities in Healthcare Access: Structural, Economic, and Policy Determinants of Health Inequity**
Chowdhury, A.

- 25 Inégalités sociales, scolaires et de santé : Repenser le chemin vers l'égalité des chances - Observatoire québécois des inégalités**
Fournier, F.
- 26 The Gendered Landscape of Informal Caregiving: Cohort Effects and Socioeconomic Inequalities in England**
Petrillo, M., Rodrigues, R., Bennett, M., et al.
- 26 Public vs. private: Inequality in health care benefits under Germany's dual system**
Vitt, H.

Médicaments Pharmaceuticals

- 27 Chiffres clés du médicament : Quel panorama en 2024 ?**
Caisse nationale de l'Assurance maladie
- 27 Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les seniors restent élevées**
Penneau, A. et Pichetti, S.

Méthodologie-Statistiques Methodology-Statistics

- 28 Diversity in Causes of Death: A New Framework to Account for Multiple Causes of Death**
Bergeron-Boucher, M.P., Trias-Illimos, S. et Desesquelles, A.
- 28 Eliciting Preferences for Well-Being Measurement: A Comparison of Methods**
Da Costa, S., Fleurbaey, M., Burone, S., et al.
- 28 Integrating Equity and Productivity in Health Évaluation**
Hansen, K.S., Moreno-Temero, J.D. et Osterdal, L.P.
- 29 Causal analysis. Impact Évaluation and causal machine learning with applications in R**
Huber, M.
- 29 Estimer la valeur économique du risque de mortalité dans l'évaluation des politiques publiques (version abrégée) : Méta-analyse mondiale des études sur la valeur d'une vie statistique**
Organisation de coopération et de développement économiques

Politique de santé Health Policy

- 29** Assessing cancer care quality in OECD countries. New indicators for benchmarking performance
Berchet, C., Bowers, L. et Kelly, D.
- 30** La sobriété dans le soins - principe civique de solidarité
Bringer, J., Elefant, E. et Esper, C.
- 30** Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2026-2030
Institut national du cancer
- 30** Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : bilan de la feuille de route 2021-2025
Institut national du cancer
- 31** Évaluation du programme national pour l'alimentation et du programme national nutrition santé
Hendrikx, P., Puech, L. et Burstin, A.
- 31** Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice
Ministère chargé de la Santé
- 31** Prise en charge des personnes en situation d'obésité : Feuille de route 2026-2030
Ministère chargé de la Santé
- 31** The State of Cardiovascular Health in the European Union
Organisation de coopération et de développement économiques
- 31** Les maisons Sport-Santé
Zeggar, H. et Rolland, D.

Politique sociale Social Policy

- 32** Minima sociaux et prestations de solidarité - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2025
Abassi, E., Athari, E. et Blasco, J.
- 32** L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA : Premiers résultats des remontées individuelles sur l'insertion des bénéficiaires du RSA (RI-insertion)
Boyer, A.

- 32** Les dépenses sociales ont augmenté partout en Europe entre 2007 et 2023, à quelques exceptions près
Dherbecourt, C. et Didier, M.
- 33** Healthcare utilisation among children in contact with social services in England: an interrupted time series using ECHILD
Luna, E., Griffiths, L.J., Broadhursts, K., et al.

Prévention Prevention

- 33** Cultural Origins of Preventive Health Care Utilization
Bietenbeck, J., Maschmann, L., Nilsson, T., et al.
- 33** When Do Financial Incentives Work? A Meta-Analysis on the Role of Goal-Setting in Physical Activity Interventions
Kwasniok, D.
- 34** Preventive Care Disruptions and Emergency Hospitalizations: Evidence from COVID-19 and SHARE
Rashidi, M., Connelly, L.B. et Fiorentini, G.
- 34** Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé
Scemama, A.
- 34** Beyond Average Effects: Heterogeneous Impacts of Health Checkup and Behavioral Guidance on Health Care
Watanabe, Y. et Noguchi, H.

Psychiatrie Psychiatry

- 35** Why is the Mental Health of the Youngest American Workers in Decline?
Blanchflower, D.G. et Bryson, A.
- 35** Profils et parcours de santé mentale des patients à l'aune du Covid 19 PROPAMENCO
Bonnet, C., Cherbonnet, C., Dugrand, C., et al.
- 36** L'effectivité des voies de recours en psychiatrie
Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés

- 36** Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes

Hazo, J.B., Aubain, L. et Cadillac, M.

- 36** La santé mentale des actifs en France : un coût de 25 milliards d'euros par an

Mutuelle générale de l'Education nationale

- 36** Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, des enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale - Résultats de l'étude nationale sur le bien-être des enfants

Motreff, Y., Decio, V. et Sentenac, M.

- 37** Contention et privation de liberté des personnes soignées. : Applications en institution et à domicile

Wanquet-Thibault, P.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

- 37** Réguler sans contraindre. L'État et les médecins face aux déserts médicaux

Moyal, A.

- 37** Étude solitudes 2025 : Les liens de proximité : pivots de la sociabilité

Riffaut, H., Dessajan, S. et Berhuet, S.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

- 38** Persuasion in Physician Agency

Carroni, E., Pignataro, G. et Siciliani, L.

- 38** Staying or Leaving? Insights into Career Decisions of Nursing and Healthcare Apprentices in Rural Germany

Ehlert, A. et Oberschachtsiek, D.

- 38** Les patients de 45 ans ou plus sont globalement satisfaits de leur prise en charge en médecine générale : Premiers résultats de l'enquête PaRIS, en France

Geleyn, D.

- 39** Pushing Back Against Private Practice: The Unintended Effects of Paying Public Doctors More

Gruber, J., Mas, N., Vall Castello, J., et al.

- 39** Waiting time interpretations: Complexity and consequences for radiotherapy delays

Gurjar, M., Lindberg, J. et Olsson, C.

- 39** Global Need and Importance of Physiotherapy in 2026: An Evidence-Based Analysis of Rehabilitation as a Universal Health Priority

Muthukrishnan, P. et Durai, R.

- 40** Healthcare Policy Spillovers: Impact on Nurse Practitioners and Health Outcomes in North Carolina

Shakya, S., Morgan, O.A., Orozco, E., et al.

- 40** Information Asymmetrals in Physician Selection: An Eye-Tracking and Discrete Choice Experiment Study

Xu, B., Yidilisi, P. et Reheman, W.

Systèmes de santé

Health Systems

- 41** Learning through national Health System Performance Assessment (HSPA) : Emerging findings from OECD countries

Dedet, G., Kallas, K.A. et Bryndova, L.

- 41** Can development assistance for health mutually benefit donors and recipient countries?

Gavin, Y., Ipchita, B. et Osondu, O.

- 42** The Long-Term Impact of Healthcare Access Structures

Yu, S.T.

Travail et santé

Occupational Health

- 42** Reintegrating Older Long-Term Unemployed Workers: The Impact of Temporary Job Guarantees

Ahammer, A., Halla, M., Heckl, P., et al.

- 43** The Long Shadow of Labor Market Entry Conditions: Intergenerational Determinants of Mental Health

De Vera, M., Garcia-Brazales, J. et Lin, J.

- 43** When the Going Gets Tough, the Tough Gets Going? Health and Self-Employment in Europe

Garrouste, C., Paraponaris, A. et Sirven, N.

43 Sick Pay Policies and the Socioeconomic Gradient in Health and Welfare

Grossmann, V., Schunemann, J. et Strulik, H.

43 The Impact of State Paid Sick Leave Mandates on Medicaid-financed Prescription Medications

Gupta, S., Maclean, J.C., Ruhm, C.J., et al.

44 Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

Haute Autorité de Santé

44 Approche genrée de la santé et sécurité au travail en Europe

Kieffer, C. et Genot, C.

44 Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs

Leost, H. et Schechter, F.

44 Care on the Margins: Migrant Labour Regimes and the Reproduction of Segmented Long-Term Care Work in the EU

Ndomo, Q., Naz Kayran, E., Bontenbal, I., et al.

45 Parcours professionnels et santé au travail

Volkoff, S. et Gaudart, C.

47 Pension Reforms and Inequalities in France

Bozio, A., To, M. et Treguier, J.

47 Arbitrage entre cumul et surcote : un nombre limité d'assurés, avec des profils différents

Caisse nationale d'Assurance vieillesse

47 Santé mentale de la personne âgée : Vers un modèle plus préventif et inclusif

Cercle Vulnérabilités et Société

48 Community wealth protects cognitive health for older adults

Connor, D.S., Sheehan, C., Jang, J., et al.

48 Can Healthy Aging Boost Labor Supply? Evidence from Korea

Gruss, B., Huang, E., Lagerborg, A., et al.

48 Social Security and Inequality in Belgium

Klinges, G., Jousten, A. et Lefebvre, M.

49 Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050

Louvel, A.

49 Panorama des pensions 2025 : France

Organisation de coopération et de développement économiques

49 Panorama des pensions 2025 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20

Organisation de coopération et de développement économiques

49 Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy

Organisation de coopération et de développement économiques

50 Ehpad : comment améliorer la qualité des soins ?

Penneau, A.

50 Health economic consequences of interventions for undetected visual impairment in older adults

Shredrawy, J., Olofsson, S., Persson, S., et al.

50 Research to Improve the Quality, Impact, and Value of Home and Community-Based Services

Sims Speyer, J.M., Ne'eman, A., Coe, N.B., et al.

Vieillesse Ageing

45 Who moves where? A family ties perspective on later-life health decline and residential mobility in Finland

Afable, S.D., Evans, M., Vierboom, Y., et al.

46 Family Spillovers of Dementia

Altindag, O., Greve, J. et Truskinovsky, Y.

46 The Costs of Long Term Care for Those with Cognitive Impairments in England

Banks, J., French, E. et McCauley, J.

46 Preference Heterogeneity versus Economic Incentives: What Determines the Choice to Give Care to the Elderly?

Barczyk, D. et Koh, Y.K.

46 Long-Term Care Governance in China and Italy. From State-Led Pilots to Familistic Fragmentation

Bertani, M. et Chen, Y.

51 **Trois aidants sur dix accompagnent seuls
leur proche, six sur dix sont en activité
ou étudiants**

Verhagen, A.L.

Assurance maladie

Health Insurance

► Regulation of Contract Generosity in Selection Markets: The Case of Medicare Advantage

GLUZMAN, J. ET ZHOU, Y.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5739047

In selection markets where serving different consumers incurs different costs, private firms may engage in cream-skimming by designing their contracts to attract profitable consumers and avoid unprofitable consumers, potentially harming consumer welfare. Policymakers have often tackled this issue by imposing direct restrictions on the level of generosity firms can offer. However, the impact of such regulations on welfare remains unclear, contingent on the market's level of selection and other policies in place. Our study of the Medicare Advantage market reveals that consumers exhibit diverse healthcare needs and considerable moral hazard. The recent regulation on maximum out-of-pocket expenses, mandated by the Affordable Care Act, improves consumer welfare by 19% on average, especially benefiting those with high healthcare needs, while compressing private insurers' markups. Government spending on the Medicare program decreases as the reduction in spending on Traditional Medicare outweighs the increased subsidies to private insurers.

► Health Insurance Data in the PSID

LEVY, S.

2007

Ann Arbor, University of Michigan

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6083428

This report describes the health insurance data available in the Panel Study of Income Dynamics (PSID). Data from the 1999 through 2005 survey waves are benchmarked to data from the Medical Expenditure Panel Study, which are treated as "truth" for purposes of the benchmarking exercise.

► Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2025

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

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240117815>

The window to 2030, the SDG target year, is closing. Without accelerated and sustained progress, hard-won UHC gains risk being lost. Using revised and improved UHC indicators the report presents the latest available UHC data and concludes with a call to shared action.

► Les modèles de prise en charge financière des patients atteints de maladies chroniques (France, Allemagne, Australie, Angleterre, Belgique, Italie, Pays-Bas)

PEANO, A.

2025

Paris, C.N.A.M.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/Études-et-donnees/2025-pathologie-chronique-international-europe>

L'étude examine les dispositifs de prise en charge financière des patients atteints de pathologies chroniques mis en place dans sept pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni - Angleterre, Pays-Bas, Australie et Belgique) et les replace dans les logiques de couverture propres à chaque système de santé. Elle détaille les résultats présentés dans le rapport de propositions de l'Assurance maladie pour 2026. En mettant en lumière les mécanismes de protection destinés à limiter une partie des dépenses supportées par les patients chroniques, comme c'est le rôle, en France, du dispositif des affections de longue durée (ALD), l'étude identifie trois grands modèles. Les critères d'accès à cette prise en charge spécifique peuvent ainsi reposer principalement sur la reconnaissance clinique et réglementaire de la pathologie (France, Italie, Angleterre), sur la capacité financière des patients (Belgique, Allemagne) ou sur l'inscription dans des parcours de soins coordonnés (Australie, Pays-Bas). L'étude propose un regard synthétique sur les leviers financiers

mobilisés à l'étranger pour protéger les patients chroniques et permet de situer, dans ce paysage interna-

tional, les spécificités du modèle français.

Démographie

Demography

- **Bilan démographique 2025 :
En 2025, le solde naturel en France
est négatif pour la première fois depuis
la fin de la Seconde Guerre mondiale**

THELOT, H.
2026

Insee première (2087)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8719824>

Au 1^{er} janvier 2026, la population en France est estimée à 69,1 millions d'habitants, soit 0,25 % de plus qu'un an auparavant. 22 % de la population a au moins 65 ans, soit presque la même proportion que celle des moins de 20 ans. En 2025, 645 000 bébés sont nés en France. C'est 2,1 % de moins qu'en 2024 et 24 % de moins qu'en 2010, année du dernier point haut des naissances. L'indicateur conjoncturel de fécondité

poursuit sa baisse : après 1,61 en 2024, il s'établit à 1,56 enfant par femme en 2025 ; c'est le niveau le plus faible depuis la fin de la Première Guerre mondiale. En 2025, 651 000 personnes sont décédées en France, soit une hausse de 1,5 % par rapport à 2024. Cette augmentation est notamment liée à l'épidémie de grippe hivernale, qui a été particulièrement meurtrière en début d'année. L'espérance de vie à la naissance augmente toutefois : elle s'établit à 85,9 ans pour les femmes et à 80,3 ans pour les hommes. Ainsi, pour la première fois depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, le solde naturel en France est négatif en 2025 : il s'établit à -6 000. Avec 251 000 célébrations, le nombre de mariages augmente de nouveau en 2025. Par ailleurs, le nombre de pacs conclus en 2024 est quasi stable par rapport à 2023, à 197 000.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- **The "Dr Google" Effect: Online Health
Information and Its Implications**

BERTA, P., GUERRIERO, C., MOCCIA, S., *et al.*
2025

**Naples, University of Naples Federico II, Centre for
Studies in Economics and Finance. CFES Working
Paper; 763**

<https://econpapers.repec.org/paper/sefcsefw/763.htm>

This paper investigates the causal impact of broadband diffusion on the consumption of diagnostic medical services in Lombardy, Italy, between 2013 and 2019. Using a difference-in-differences estimator for continuous treatments, we estimate the impact of increased internet availability on patient behavior in the health-

care system. Our findings suggest that greater broadband coverage leads to a significant rise in the number of diagnostic prescriptions, including magnetic resonance imaging scans, tomographs, and sonograms. We interpret this pattern as consistent with a behavioral mechanism: individuals with enhanced internet access are more likely to search for health information online, which may trigger anxiety or precautionary responses, ultimately increasing demand for medical testing. Boxplot analyses reveal a strong gradient across broadband coverage quartiles, reinforcing the association between digital access and healthcare utilization. These results raise important considerations for health policy, particularly regarding digital health literacy and the design of interventions to manage demand in digi-

tally connected health systems.

► **A Review on the Socioeconomic Impacts of Artificial Intelligence on Information, Education, Healthcare, and Social Protection**

CAPRARO, V.

2025

Dublin, Eurofound

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5730543

This literature review seeks to take a snapshot of the current state of art on the ways in which AI may influence socio-economic inequalities across four key domains (information, education, healthcare, and social protection) and explores how policies can respond to ensure that technological transformation supports inclusive and equitable societies.

► **Reach Out and Heal a Heart: Tele-ICU and Low Virtualization Care Processes**

GOPUKUMAR, D., MENON, N.M., DAS, S., *et al.*

2026

Arlington, George Mason University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6064606

Telehealth offers significant potential to improve healthcare delivery, but its benefits are context driven. It shows clear advantages in consumer-facing, high-virtualization settings and uncertain impacts in high-stakes, tightly coupled processes like Intensive Care Unit (ICU) care. Prior IS research has examined high-virtualization telehealth, such as mental health. In these settings, patients are active agents, and self-efficacy drives outcomes. Less attention was given in the ICU context, where continuous monitoring, rapid decision-making, and coordination are critical. In this paper, we examine tele-ICU, a telehealth technology designed to support ICU care. We use acute myocardial infarction (AMI) as a context to study a low-virtualizable care process. The AMI care process mostly begins with ICUs and requires rapid monitoring, coordination, and reliance on specialized staff. AMI care contributes significantly to hospital readmissions, targeted under the Medicare Hospital Readmission Reduction Program, underscoring their importance. The shortage of cardiac care staff has increased interest in tele-ICU, which can extend expertise across hospitals. However,

the comprehensive role of intensivists in the ICU may also affect the impact of tele-ICUs. These countervailing forces motivate our investigation. Drawing on process virtualization theory and the sociotechnical systems perspective, we develop hypotheses about the direct and interaction effects of tele-ICU, health information interchange, and closed-model cardiac intensivist use on AMI outcomes. Using panel data and a control-function approach, we find no direct effects of tele-ICU. We find strong complementarity between tele-ICU and health information interchange, and separately, between tele-ICU and intensivist staffing. Effects vary by organizational level—hospital, joint-venture, or system—highlighting ICU coordination challenges. Our study contributes theoretically by extending virtualization theory with a sociotechnical perspective to low-virtualization care processes. It helps guide hospital administrators on when tele-ICU can improve the ICU care process. It contributes policy-wise by informing telehealth investment, integration, and post-pandemic efforts to enhance complex care.

► **Personal health data systems in OECD countries Insights into structures and solutions for public access and use**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Papers. 187

https://www.oecd.org/en/publications/personal-health-data-systems-in-oecd-countries_Od118bb0-en.html

Les données personnelles de santé (DPS) transforment la manière dont les individus interagissent avec les systèmes de santé, créant de nouvelles opportunités en matière de confiance, d'innovation et d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins. Ce rapport examine comment les pays de l'OCDE permettent aux individus d'accéder, de gérer (Space) et de partager leurs données de santé sur les plateformes numériques et les portails destinés aux patients. S'appuyant sur des entretiens approfondis avec les autorités nationales en Australie, au Danemark, en Finlande, au Japon, en Corée et au Royaume-Uni, le document analyse les facteurs politiques, techniques et de gouvernance qui sous-tendent l'accès équitable aux données personnelles de santé. Il identifie les pratiques de pointe en matière d'interopérabilité, d'architecture des données, de confidentialité, de consentement, d'identité numérique et d'engagement des patients. Les pays dotés d'écosystèmes matures ont démontré des cadres cohé-

rents de confiance publique, une intégration intersectorielle et des bases législatives solides qui équilibrent la confidentialité avec l'interopérabilité et le partage des données. À mesure que les soins de santé se numérisent et que la disponibilité des données générées par les patients augmente, il sera essentiel de garantir que les individus puissent accéder et utiliser leurs propres données de santé en toute sécurité pour mettre en place des systèmes de santé tournés vers l'avenir, axés sur les données et centrés sur la personne.

► **Drivers of Telehealth Utilization for Mental Health Care: A Longitudinal Analysis Across a Pandemic Disruption**

TEKRIWAL, M., AYABAKAN, S., KUMAR, N., *et al.*
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5624068

Purpose This study examines how patient demographics, clinical characteristics, and diagnostic categories influenced telehealth utilization for mental health care before, during, and after a pandemic disruption. **Methods** We conducted a retrospective analysis of mental health outpatient visits at a large academic health system in Washington State from 2019 to 2021.

Using telehealth (vs. in-person) as the primary outcome via logistic regression, we modeled predictors of telehealth use across three distinct periods of pandemic disruption with patient-, visit-, and location-level controls. The COVID-19 pandemic served as a disruption. Telehealth use was approximately 24% during the study period, increasing steadily before the pandemic, accelerating sharply in the early stages, and then stabilizing at a slower growth rate during the established period. Compared to children, older adults were 70% less likely to use telehealth in the pre-pandemic period, though this gap narrowed as the pandemic progressed. Racial disparities persisted, with Black and Asian patients 35-45% less likely to use telehealth compared to White patients. Broadband access was a strong predictor of telehealth use, whereas computer ownership was negatively associated, reflecting the growing role of mobile devices. Clinical factors mattered: psychotic and substance-related patients faced barriers with a 60-70% lower likelihood compared to patients with anxiety disorders, whereas child behavioral, developmental, and physiological groups' telehealth use grew in later phases. The pandemic spurred rapid telehealth growth in mental health, yet disparities by age, race, socioeconomic status, and diagnosis persisted, highlighting the need for policies to promote equitable access beyond the pandemic.

Economie de la santé

Health Economics

► **Playing Catch-up with Health Savings**

BERMAN, J., BLOOMFIELD, A. ET SLAVOV, S.
2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34499

<https://www.nber.org/papers/w34499>

We use comprehensive tax data to study how saving behavior responds to the Health Savings Account (HSA) "catch-up" contribution provision, which raises HSA contribution limits for individuals aged 55 and older. Using a regression discontinuity design, we find a sharp increase in contributions among those previously near the limit and smaller increases among unconstrained savers. Induced contributions are not immediately withdrawn and do not appear to crowd out retirement

savings. Responses are strongest among payroll contributors and long-term savers. However, married couples do not appear to coordinate their HSA behavior to take advantage of the complex spousal rules governing catch-up contributions. Our findings highlight how tax incentives shape HSA saving and suggest that tax-advantaged account design meaningfully affects household financial behavior.

► **Public Insurance and Demand for Private Healthcare**

BHATTACHARYA, T., CHAKRABORTY, T. ET DE, P.K.
2025

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper; 18349

<https://docs.iza.org/dp18349.pdf>

Abstract: Establishment of public-private partnerships is an emerging model in health care delivery. This study evaluates a pioneering social health insurance program in India that enables eligible households to access private hospitals for tertiary care services free of cost, but does not build more facilities. Leveraging policy discontinuities at state borders, we identify the program's causal effects on utilization of private facilities and associated out-of-pocket expenditures. The results indicate a pronounced substitution effect induced by relative price changes: the program substantially increases the incidence of deliveries in private hospitals while significantly reducing out-of-pocket spending. However, we find no statistically significant effects on fertility or a key health outcome, infant mortality, and may give rise to moral hazard behavior.

► **La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé**

BONNET, O. ET DESJONQUERES, A.
2026

Études et résultats (Drees) (1362)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260115-complementaire-sante-solidaire>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude portant sur les restes à charge en matière de santé des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S). Instaurée le 1^{er} novembre 2019 à la suite de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), la C2S est une couverture santé complémentaire destinée aux personnes aux revenus les plus modestes. Le dispositif a pour objectif de garantir un accès aux soins sans barrière financière. L'étude analyse dans quelle mesure la C2S supprime les restes à charge pour ses bénéficiaires.

► **Avis sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S) : L'urgence de penser l'accès aux soins**

CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE
2025

Paris, C.N.L.E.

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/Avis%20CNLE%20C2S%202024.pdf>

L'avis du CNLE s'articule effectivement autour de 34 propositions, dont quatre propositions générales majeures visant à repenser le système de santé. Ces propositions mettent l'accent sur les besoins et attentes des personnes les plus vulnérables et visent à garantir une égalité de traitement ainsi qu'une protection inconditionnelle des plus démunis. Ces propositions visent à rendre le système de santé plus équitable et inclusif, en répondant aux besoins spécifiques des populations les plus précaires.

► **Démographie et finances publiques : rapport de la Cour des comptes**

COUR DES COMPTES
2025

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-12/20251202-Demographie-et-finances-publiques_0.pdf

Dans le prolongement de ses travaux sur les finances publiques et sur le système de retraites en 2025, la Cour a conduit une enquête visant à analyser dans quelle mesure les grandes tendances démographiques affectent, voire déterminent les finances publiques. Il ressort de ce travail que les évolutions démographiques, si elles semblent lentes et progressives, exercent des effets profonds sur les finances publiques, ce qui plaide pour leur meilleure prise en compte dans la programmation budgétaire de moyen et long terme.

► **Organismes d'assurance : la prévoyance plus rentable que la complémentaire santé**

DE WILLIENCOURT, C. ET POULON, P.
2026

Études et Résultats (Drees) (1361)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260113-ER-organismes-dassurance>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur le marché de la prévoyance en France en 2023. L'assurance prévoyance, telle que définie dans cette étude, couvre des risques dits corporels (principalement l'incapacité temporaire de travailler et l'invalidité) et le risque de décès. Elle inclut à la fois les

contrats individuels et collectifs des trois types d'organismes d'assurance (entreprises d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles), mais exclut les contrats d'assurance emprunteurs.

► **La protection sociale en France et en Europe en 2024 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2025**

DHERBECOURT, C. ET DIDIER, M.

2025

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/251217-protection-sociale-france-europe-2024>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie La protection sociale en France et en Europe en 2024. Ce Panorama analyse les principaux résultats des comptes de la protection sociale pour l'année 2024, pour la France et pour l'ensemble des pays européens. Au-delà de l'exercice comptable, ce Panorama retrace l'évolution des politiques sociales en France et en Europe.

► **La complémentaire santé solidaire : Rapport annuel 2024**

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

Paris, Direction de la Sécurité sociale

<https://www.vie-publique.fr/rapport/297807-rapport-annuel-de-la-complementaire-sante-solidaire-2024>

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une couverture complémentaire financée par l'Assurance maladie, destinée aux personnes disposant de faibles ressources, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Similaire à une complémentaire de droit commun, elle offre une protection élargie, qui garantit l'accès aux soins, sans reste-à-charge. Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, la C2S est issue de la fusion entre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Les effectifs de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,7 millions de bénéficiaires en juin 2024 : 6 millions pour la C2S gratuite (C2SG) et 1,7 million pour la C2S avec participation financière (C2SP). Le taux de recours estimé pour l'ensemble du dispositif n'a pas pu être calculé pour l'année 2022. Pour rappel, le taux de recours à la C2S était évalué à 56 % en 2021, 69 % pour la C2SG et 34 % pour la C2SP.

► **Note du HCFiPS sur l'état des lieux du financement de la Sécurité sociale : une loi de financement votée mais sans perspective de redressement financier de la Sécurité sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2025

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

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/etat-des-lieux-du-financement-de-la-protection-sociale.html>

La situation financière de la Sécurité sociale se dégrade fortement, avec un déficit 2024 d'environ -18,5 Md€, surtout porté par la branche maladie. L'absence de vote de la LFSS 2025 empêche toute action correctrice et pourrait conduire à un déficit record de -28,4 Md€ en 2025. Les recettes progressent trop lentement face à des dépenses dopées par l'inflation, et les mesures envisagées n'auraient pas suffi à rétablir l'équilibre. Dans ces conditions le haut conseil prévoit une nouvelle reprise de dette inévitable, repoussant l'extinction de la Cades et nécessitant une stratégie de moyen terme pour stabiliser durablement les comptes.

► **Tariffs on Medical Goods: Pass-through, Geography, and Aggregate Costs to the US Healthcare System**

KANG, M., MENG, X., RUSS, K.N., *et al.*

2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34531

<https://www.nber.org/papers/w34531>

Have recent tariffs resulted in increased costs for the US healthcare system? We examine US trade data and compile a database of statutory tariff changes. Tariffs on medical goods narrowly defined resulted in \$3.4 Billion in duties assessed between February and July 2025—more than 10 times the same period in 2024, with a 55.8 percent rate of pass-through at the US border. We estimate that had medical goods imports observed in 2024 been subject to the statutory tariff levels prevailing in August 2025, assessed duties would have been \$15.8 Billion, almost 30 times higher than those observed in real-time. Our aggregates understate imports of medical goods and other imports used in healthcare settings, as data limitations compel us to omit purchases of imported goods for construction, maintenance, and operations of facilities, as well as imports under certain HS10 and HS6 tariff codes that

are used when identifying medical goods in many contexts but contain a mixture of imports for medical and non-medical purposes.

► **Life Year Economics: Life-Years per Capita (LYPC) as a Framework for Evaluating Redistribution and National Well-Being**

MAVERICK, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5911582

Public debates about redistribution typically frame taxation and social spending in monetary terms rather than in their ultimate consequence: human survival and quality of life. This paper proposes a new evaluative metric, Life-Years per Capita (LYPC), defined as the average number of expected lifetime years generated per citizen under a given economic and social policy regime. LYPC reframes redistribution not as a transfer from the rich to the poor, but as a mechanism for increasing a nation's total life-year production. The metric mathematically internalizes the well-being of marginalized populations such as the homeless, uninsured, food-insecure, and working poor by incorporating their gains and losses into a single national average. This shifts policy Evaluation from abstract moral discourse to visceral, self-relevant outcomes. Because wealth exhibits sharply diminishing marginal returns

to life-years, even modest redistributions typically increase total national life-years. Expressing LYPC differences in concrete time units such as years, months, weeks, days, or hours allows citizens to understand policy impacts in a more intuitive and meaningful way. LYPC integrates insights from economics, public health, and psychology to offer a universal, non-ideological metric for comparing policy regimes and evaluating national well-being.

► **Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**

POULON, P.

2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-12/Rapport_OC_2025.pdf

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

Environnement et santé

Environmental Health

► **Les politiques climatiques sont aussi une opportunité pour la santé publique**

PHAM, M., MOUTET, L., ADELAIDE, L., *et al.*

2025

Questions d'économie de la santé (Irdes)(303)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/303-les-politiques-climatiques-sont-aussi-une-opportunite-pour-la-sante-publique.pdf>

Amélioration de la qualité de l'air, promotion de l'activité physique grâce aux modes de transports actifs, augmentation de la qualité nutritionnelle des régimes

alimentaires, confort thermique des logements pour faire face aux vagues de chaleur ou de froid... Les politiques climatiques ont de nombreuses externalités positives sur l'état de santé des populations. Les études démontrent que les co-bénéfices sanitaires des politiques visant la neutralité carbone se manifestent localement et à court terme. Ces résultats permettent de sortir du prisme des émissions de carbone en intégrant la lutte contre le dérèglement climatique dans un cadre plus large. Alors que les États peinent à respecter leurs engagements climatiques, les co-bénéfices sanitaires des politiques climatiques peuvent repré-

senter un argument décisif en faveur de politiques ambitieuses, tant auprès de la population que des décideurs politiques.

► **Bassins industriels et santé : première étude nationale multisites sur l'état de santé des populations autour des grands bassins industriels**

ROUDIER, C., GORIA, S., HARDY, P., *et al.*
2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bassins-industriels-et-sante-premiere-etude-nationale-multisites-sur-l-etat-de-sante-des-populations-autour-des-grands-bassins-industriels>

Cette étude multisites vise à étudier pour la première fois en France, l'association entre la proximité de grands bassins industriels et la santé des populations riveraines, en s'intéressant à plusieurs indicateurs de santé (pathologies respiratoires, santé périnatale, mortalité toutes causes - hors morts violentes) et également à apporter des premiers éléments en termes de faisabilité et d'interprétation épidémiologique, en vue du déploiement d'une surveillance sanitaire nationale autour des bassins industriels.

État de santé

Health Status

► **Usages des réseaux sociaux numériques et santé des adolescents**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE
2025

Maisons-Alfort, Anses

<https://www.anses.fr/fr/content/AP2019-SA-0152-RA>

Le développement extrêmement rapide des usages des réseaux sociaux numériques par les adolescents suscite des préoccupations croissantes. L'Anses a mené une expertise scientifique collective approfondie des risques sanitaires associés à ces usages. Elle identifie de nombreux risques possibles, en particulier pour la santé mentale des adolescents. Les réseaux sociaux tels que conçus aujourd'hui pour capter l'attention et maintenir l'engagement exploitent les vulnérabilités propres à cet âge. L'Agence recommande donc que les mineurs puissent accéder uniquement aux réseaux sociaux conçus et paramétrés pour protéger leur santé.

L'Inserm a réalisé une expertise collective ciblée dressant un état des lieux actualisé et contextualisé des usages de cocaïne en France. Elle identifie les stratégies et les actions les plus efficaces, ou les plus prometteuses en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages, de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes qui consomment et/ou souffrent de troubles de l'usage, ainsi que de politiques publiques de santé.

► **L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2024**

FRANCOU, C.

2026

Études et résultats (Drees) (1363)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260122-ER-esperance-de-vie-sans-incapacite>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie son étude annuelle sur les espérances de vie sans incapacité à partir des dernières données disponibles. Cet indicateur correspond au nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée par un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne. Conçu dans les années 2000, l'indicateur permet chaque année de comparer les pays de l'Union Européenne à partir

► **Cocaïne : Rapport d'expertise collective de l'Inserm**

CHAMPEYRACHE, C., DONNADIEU, H., JOUANJUS, E., *et al.*
2026

Les Ulis, EDP Sciences

https://inserm.b-cdn.net/wp-content/uploads/2026/01/Inserm_ExpertiseCollective_Cocaine.pdf

d'une enquête harmonisée.

► **Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024**

GRANGE, D. ET RICHARD, J.B.
2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>

Avec 35 000 personnes interrogées, l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France recueille des données sur 20 grands enjeux de santé publique, tels que la consommation de tabac et d'alcool, la pratique d'activité physique, le sommeil, l'adhésion à la vaccination, la santé mentale, etc. Les résultats dressent une photographie nationale et pour la première fois régionale de ces enjeux. Ces résultats sont déclinés en synthèses thématiques et via une infographie reprenant des chiffres clefs.

► **Loss Aversion and the Persistence Gap in Health Behavior: A Dynamic Model of Recovery under Health Shocks**

YAMAKI, N. ET CHURIKI, T.
2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6102340

Many individuals persist in health-related behaviors

such as exercise and healthy eating, yet fail to achieve or maintain satisfactory health outcomes. This paper proposes a dynamic explanation for this persistence gap by integrating reference-dependent preferences and loss aversion into a health capital framework. Rather than focusing on whether individuals engage in health behavior, the model emphasizes recovery dynamics following recurrent negative health shocks. We develop a discrete-time model in which individuals evaluate health relative to a fixed reference level and exhibit loss aversion when health falls below this benchmark. Health evolves under depreciation, investment, and stochastic disruptions. The model is analyzed using stochastic forward simulations that track exposure to adverse health states, recovery time, and long-run outcomes. The results show that nominal persistence in health investment can coexist with chronically poor outcomes. When loss aversion is weak, individuals continue to invest in health but remain trapped below the reference level for prolonged periods, often failing to recover altogether. Stronger loss aversion substantially accelerates recovery and sharply reduces exposure to adverse health states, even though investment levels increase only modestly. Importantly, loss aversion does not prevent shocks or induce unbounded health accumulation; instead, it acts as a stabilizing force that anchors health dynamics near the reference point. These findings suggest that the persistence gap in health behavior is fundamentally a dynamic problem of delayed recovery rather than a static problem of engagement or dropout. The analysis highlights recovery dynamics as a key mechanism linking behavioral preferences to long-term health outcomes.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Re-Examining Geographic Variation in Health and Health Care**

FINKELSTEIN, A. ET GENTZKOW, M.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper;34682

<https://www.nber.org/papers/w34682>

A large literature has documented widespread variation in health care spending per capita across areas of the United States without correspondingly better

health outcomes. Recent work has used mover designs to estimate the causal impact of place on both health care spending and mortality. In this paper, we investigate whether places that increase health care spending also tend to be places that increase health. We find that they do not and discuss the implications.

Disability

► **The Effect of Paid Sick Leave Mandates on Individuals with Disabilities: Evidence from Social Security Disability Claims**

ASSAMIDANOV, A., DAVE, D.M., LIPTON, B., *et al.*
2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34542

<https://www.nber.org/papers/w34542>

Paid sick leave mandates (PSLs), which have been adopted by 18 states and the District of Columbia, require employers to provide regular wages when workers take short-term leave for their own or a family member's medical needs. This study is the first to explore the effects of PSL adoption on participation in the Supplemental Security Income (SSI) and Social Security Disability Insurance (SSDI) programs, as well as the health of persons with disabilities. We find that statewide PSLs are associated with a 6-9 percent increase in initial claims for SSI and joint SSI/SSDI benefits. These applications translate to an increase in beneficiaries, strongest among children under age 18. An exploration of the primary mechanisms likely underlying this result reveals PSL-induced (1) increases in time spent offering informal caregiving of those with disabilities, which may reduce the costs of applying to SS(D)I programs, and (2) increases in health care utilization among children with disabilities. Evidence for negative work hours effects of PSLs is weaker, concentrated among spouses of persons with disabilities. Finally, we find that PSL mandates lead to modest improvements in health among both children and adults with disabilities.

► **La prestation de compensation du handicap : Un coût croissant, une cohérence à renforcer**

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-12/202512_03-Prestation-de-compensation-du-handicap-PCH.pdf

Ce rapport, réalisé à la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale, est le premier que la Cour des comptes consacre exclusivement à la prestation de compensation du handicap (PCH),

la plus récente des trois allocations individuelles de solidarité versées par les départements, dont il vise à dresser un bilan après deux décennies de mise en œuvre. La Cour identifie plusieurs pistes pour renforcer l'équité, la cohérence et la soutenabilité du système et formule 5 recommandations : Revoir d'ici fin 2026 le droit d'option entre la PCH enfants et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé; Confier dès 2026 le financement des aides techniques à l'Assurance maladie; Au premier semestre 2026, supprimer les fonds départementaux de compensation ou harmoniser leurs pratiques; Supprimer d'ici fin 2026 le volet forfaitaire de la PCH parentalité; Renforcer à partir de 2027 les missions de coordination et de contrôle de la CNSA en matière de lutte contre la fraude.

► **Rapport d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société. 2 tomes**

DUBRE-CHIRAT, N. ET SAINT-PASTEUR, S.

2025

Paris, Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/dossiers/defaillances_politiques_publicques_prise_charge_sante_mentale_handicap_cout_defaillances_societe

Ce rapport de la commission d'enquête analyse les défaillances des politiques publiques en santé mentale et handicap. Il constate une aggravation des troubles psychiques (suicides, hospitalisations, pénurie de professionnels) et des difficultés d'inclusion des personnes handicapées (scolarisation, accompagnement). Les causes identifiées : manque de moyens, fragmentation des parcours, pratiques inadaptées. Les conséquences sont humaines (ruptures, épuisement des aidants) et économiques (163 Md€/an, soit 5 % du PIB). Le rapport propose des orientations fondées sur la logique des coûts évités et une gouvernance unifiée.

Hospital

► **Shifting care from inpatient towards day-care and ambulatory care: Impact on readmission rates and post-discharge mortality. Part 1**

BOUCKAERT, N., SAVOYE, I. ET ZEEVAERT, R.
2026

Bruxelles, K.C.E.

<https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/une-durée-de-sejour-reduite-et-davantage-dhospitalisations-de-jour-dans-les-hopitaux-belges-sans>

This KCE study aims to explore whether there is an association between LOS reduction and substitution towards day-care on the one hand, and hospital readmissions and post-discharge mortality on the other. While this may seem straightforward, the analysis is complex due to numerous confounding factors such as changes in care pathways, medical therapies, case mix, and investments in post-acute care. Full adjustment for all these variables is not feasible.

► **Évaluation of an Innovative "Emergency Department Surge" Program for the Care and Treatment of Patients with Low-Acuity Conditions**

BROWN, A.E., BUNDY, A., CHIA, S., *et al.*
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5943883

Background: Emergency Department (ED) crowding negatively impacts healthcare. Numerous strategies have been created to improve treatment of low-acuity conditions to reduce ED crowding. Methods: We evaluated a novel "ED Surge" program within our institution's Care Transition Clinic (CTC) which triages patients with lower-acuity conditions from the ED to our same-day on-site ambulatory CTC on future ED and hospital utilization. Demographics, visit characteristics, and clinical outcomes were evaluated. Bivariate and multivariate analyses assessed associations between patient, visit, and outcome characteristics. Significance was defined as $p < 0.05$. Results: The ED Surge program saw 727 unique patients and 762 scheduled visits with 76% completion across 31 months of opera-

tion. Patients were significantly younger ($p < 0.01$) and insured with Medicaid ($p < 0.01$) than the general ED population. This population also experienced a significant decrease in 30-day post-appointment ED utilization (0.08 post- versus 0.2 pre- mean visits, $p = 0.01$) than those who did not complete an appointment. We also identified several diagnoses that may be better served in the ED as opposed to the ambulatory setting. Conclusions: Innovative clinics such as our "ED Surge" program held within ambulatory care sites such as the CTC can be a useful tool to impact future ED utilization of patients with low-acuity conditions. Care should be taken to design the clinic to an ED's specific population needs (such as underserved patient groups) and refine it according to how the clinic's patient outcomes develop to optimize patient care and safety.

► **Demand Shocks and Product Quality: Evidence from Hospitals**

CAO, J., LEI, L., SONG, L., *et al.*
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5986834

We study the impact of demand shocks on product quality in the hospital sector. Exploiting staggered Paid Sick Leave (PSL) mandates as exogenous shocks to healthcare demand, we find significant improvements in hospital quality, proxied by lower mortality rates, higher patient ratings, and better timely and effective care outcomes. We argue that these quality improvements are primarily driven by the alleviation of financial constraints. The demand shocks improve hospitals' financial conditions, leading to lower borrowing costs, increased investment, and higher employment. Consistent with this financial channel, quality improvements are more pronounced among hospitals with tighter financial constraints and stronger governance.

► **En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe**

DELORT, L. ET VERGONDY, L.
2026

Insee première (2089)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8729346#>

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 groupes de sociétés du secteur hospitalier privé en 2022. Cette étude s'appuie sur trois sources de données : la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le répertoire Sirius qui est la référence en matière de champ de la statistique d'entreprises et le système d'information Lifi qui décrit les liaisons financières (détentions capitalistiques) entre sociétés.

► Can financial incentives shift health care from an inpatient to an outpatient setting?

GRASIC, K., SICILIANI, L., WEN, J., *et al.*

2026

York, University of York. CHE Research Paper, 201

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHE%20RP%20201_Final_Jan2026.pdf

Can financial incentives affect hospital behaviour and shift care from a high-cost (inpatient) setting to a low-cost (outpatient) setting? We exploit a unique policy that switched from a reimbursement scheme where the tariff was substantively lower for outpatient care relative to inpatient care, to one where the tariff was higher for outpatient care than for inpatient care. The policy affected three common procedures in England. After developing a theoretical model of provider incentives, we use a difference-in-difference approach to evaluate the policy and find that it significantly increased the proportion of outpatient treatments by 36 percentage points for cystoscopy, 16.3 percentage points for hysteroscopy, and 3.8 percentage points for sterilisation. This substantial increase also improved quality for cystoscopy by reducing repeated procedures and emergency readmissions, had mixed effects on quality for hysteroscopy and did not affect emergency readmissions for sterilisation. We show that the policy did not increase total volume (the extensive margin) but had positive spillover effects on related unincentivised procedures. We also explore the distribution implications for the public insurer (the funder) and hospitals (the provider).

► A seven-day allied health model of care in an acute hospital trauma population: an implementation study

HARGREAVES, L., ANKRAVS, J., PEIRIS, C.L., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5929170

Objective Despite one-third of all trauma admissions occurring over the weekend in Australia, most acute trauma patients only receive allied health input within traditional Monday to Friday service models. This study aimed to determine the acceptability, fidelity and feasibility of a new seven-day allied health model of care within one of Australia's busiest trauma hospitals. **Methods** An implementation study evaluated the commencement of a new model of care with an additional seven full-time-equivalent, predominantly senior, allied health clinicians over seven days. Acceptability was evaluated through surveys completed by medical, nursing and allied health staff working in the trauma service (n=151), pre- and post-implementation. Fidelity was evaluated by reviewing referral response time, weekend occasions of service, and at pre-implementation (n=484 patients), 6-months (n=456) and 18-months (n=532) post-implementation. Feasibility was evaluated through practicality and limited efficacy testing (changes in length of stay and Monday discharges) using the Mann-Whitney U or chi-squared tests. **Results** Survey results indicated improved accessibility, adequacy, and continuity of staffing. Recruitment and work-life balance were cited as practical challenges. There were significant reductions in referral response times across allied health (from median 17.0 [IQR 6.0-25.0] hours to median 12.0 [5.0-21.0] hours, p<0.001), a 53% increase in weekend occasions of service, and although length of stay remained unchanged, the proportion of Monday discharges increased (13% to 18%, p=0.02). **Conclusion** A seven-day allied health trauma service was successfully implemented with outcomes indicating it will be sustainable. Findings are useful for scalability to other hospitals and clinical specialties.

► Financial Performance of State-Owned Teaching Hospitals in Bulgaria

MINEV, M. ET KOEVA-DIMITROVA, L.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6037021

Purpose: Evidence indicates positive associations between hospital financial performance and quality of care, yet teaching hospitals in Central and Eastern Europe face acute financial challenges. This study evaluates the financial health of the largest state-owned teaching hospitals in Bulgaria to provide empirical evidence for policy development and international comparison. **Methods:** We conducted a seven-year, retrospective financial analysis (2017–2023) of 11 state-owned, multi-profile teaching hospitals in Bulgaria. We computed liquidity (Current Ratio), capital allocation (Capital Expenditures to Sales), and profitability using a DuPont-based decomposition of ROE (profit margin, asset turnover, equity multiplier). Data were drawn from annual financial reports registered in the Bulgarian National Commercial Register. **Results:** Findings reveal that the average current ratio improved from 0.93 to 2.02, although six hospitals finished 2023 with ratios below 2, suggesting challenges in managing working capital. Capital expenditures nearly tripled, with the CapEx to Sales ratio rising from 4.81% to 7.87%. A modest improvement was observed in asset turnover, increasing from 1.31 to 1.78, and the net profit margin shifted from -2.02% to 1.85%. **Conclusions:** Despite the overall progress in financial metrics, low profitability remains a concern. The study emphasizes the need for focused strategies to enhance economic efficiency, serving as a basis for intra-national improvements and international comparisons.

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

SCHLENKER, O.

2026

Mannheim, Leibnitz Information Centre for Economic Research. ZEW Discussion Papers; 24-071*

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6119807

Healthcare systems worldwide face increasing nurse shortages, but the consequences remain poorly understood. This paper studies how nurse scarcity in hospitals affects care provision and patient health. I exploit the 2011 Swiss franc stabilization, which increased the salience to cross-border commute from Germany to Switzerland and led to an outflow of nurses in German hospitals depending on their distance to the border. Using rich universal patient-, hospital-, and county-level German and Swiss administrative data

in a matched difference in-differences design, I show that border hospitals lose around 12 percent of their nursing staff. This leads to lower care intensity and a reallocation of services towards urgent cases (triage) while healthcare demand or supply outside hospitals remains unchanged. Consequently, in-hospital mortality rises by 4.4 percent-concentrated among emergency and older patients-and life expectancy decreases by 0.28 statistical life years, with no evidence of offsetting gains in Switzerland. These results highlight that nurse scarcity shapes hospital production and widens health disparities across patients and regions.

► **Economic Valuation of Psychological Processes: Examining Healthcare Decision-Making in Chronic Disease Management**

TABAEI-AGHDAEI, Z.S., COOTE, L.V., MCCOLL-KENNEDY, J.R., *et al.*

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5986834

This paper examines how economic valuation – an economic process – is influenced by individual differences in goals – a psychological process. Specifically, we demonstrate how to estimate economic value in the context of health behaviors by incorporating psychological variations in goal priorities. The study is motivated by the need to better understand how healthcare interventions shape individual behaviors, particularly in the management of chronic conditions such as Cystic Fibrosis (CF). The primary contribution of this paper is conceptual, introducing a model that integrates economic and psychological processes. Empirical findings, while specific to the context studied, serve as a secondary contribution that supports and extends this conceptual framework. Using a stated-choice experiment and a best-worst experiment embedded within a survey of adults with CF, we test these interrelationships through a flexible factor-analytic choice model. The results indicate that a model linking economic and psychological processes provides a better fit than one that treats these processes independently. These findings reinforce the premise that the most accurate estimates of economic value emerge when psychological differences among individuals are appropriately represented. This approach offers a deeper understanding of how healthcare users navigate competing goals and behaviors, providing valuable insights for designing

more effective interventions. Furthermore, it contributes to the broader theoretical discourse on goal set-

ting and decision-making in healthcare contexts.

Health Inequalities

Inégalités de santé

► Socioeconomic Inequality in Unmet Long-Term Care Needs

ANDRES, R. ET STOYANOVA, A.

2025

Barcelone, Université de Barcelone*

<https://diposit.ub.edu/items/265c457b-e9ce-493b-b9b7-d5784e5500f3>

Europe's rapidly ageing population poses critical challenges for long-term care (LTC) systems, particularly guaranteeing equitable access. While socio-economic disparities in LTC utilisation are well documented, inequalities in unmet needs' the gap between required and received care are less studied. Using the 2019 European Health Interview Survey for Spain, we quantify the care gap in hours and classify unmet needs as full, partial, or none. Employing the concentration index, we assess socio-economic inequalities in unmet needs, stratified by eligibility for publicly funded LTC and by limitation severity (number of ADL limitations). We find a pronounced pro-poor concentration of the care gap, disproportionately affecting women, individuals living alone, and the oldest-old. Among individuals below the eligibility threshold, inequality is not statistically significant; however, it becomes substantial among those who are eligible and increases with the severity of limitations. Our decomposition analysis reveals that health status, income, and living arrangement explain most of the observed inequality. Notably, among eligible individuals with more severe ADL limitations, living arrangement emerges as the largest contributor. These results point to the need to reduce inequalities that disproportionately affect those in the bottom socio-economic strata and address disparities through more effective resource allocation and targeted policy interventions. By providing a granular measure of unmet LTC need and its socio-economic determinants, this study contributes to the broader discussion on fairness and efficiency of LTC provision in ageing societies.

► Endoscopies digestives en France : moins de recours pour les plus modestes et des délais qui s'allongent

BARA, W. ET NAOURI, D.

2025

Études et résultats (Drees) (1359)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/251218-ER-endoscopies-digestives-en-france>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une nouvelle étude sur le parcours d'accès aux endoscopies digestives en France. À partir des données de remboursement de soins et d'hospitalisation du Système national des données de santé (SNDS), enrichies pour une partie de la population par des informations socio-fiscales (EDP-Santé), cette analyse met en évidence de fortes inégalités de recours à ces examens essentiels pour la détection précoce des lésions digestives et le dépistage du cancer colorectal, deuxième cause de mortalité par cancer en France. L'étude révèle également un allongement continu et significatif des délais d'accès, avec des écarts marqués selon les territoires et le type d'établissement.

► Socioeconomic Inequality in Longevity: A Multidimensional Approach

BINGLEY, P., THUSTRUP KREINER, C.L. ET LY SERENA, B.

2025

Munich, CESifo*

https://econpapers.repec.org/paper/cscswps/_5f12249.htm

Abstract: Socioeconomic inequality in longevity is typically measured using a single socioeconomic indicators such as education or income. We combine multiple indicators—education, income, occupation, wealth, and IQ scores—and apply machine learning to measure inequality in longevity. Using Danish population-wide

data spanning 40 years, we track mortality for the 1942–44 birth cohorts from age 40 onwards to estimate life expectancy by socioeconomic status. Individuals at the top of the socioeconomic distribution live nearly 25 years longer than those at the bottom. The socioeconomic gradient in life expectancy becomes 50–150% steeper when using multiple indicators.

► **De 2012-2016 à 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru**

BLANPAIN, N.

2025

Insee première (2085)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8679561>.

Plus on est aisé, plus l'espérance de vie est élevée. Sur la période 2020-2024, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus modestes et les 5 % les plus aisés est de 9 ans chez les femmes et de 13 ans chez les hommes. Les femmes parmi les 5 % les plus aisées vivent en moyenne 17 ans de plus que les hommes parmi les 5 % les plus modestes. A 50 ans, le risque de décès dans l'année des hommes est 7 fois plus grand chez les plus modestes que chez les plus aisés. Chez les femmes, ce rapport de risque est de 6 à 55 ans, âge où il atteint son maximum. L'espérance de vie augmente de moins en moins rapidement avec le niveau de vie : aux alentours de 1 200 euros par mois, 100 euros de niveau de vie supplémentaires sont associés à 0,8 an en plus d'espérance de vie chez les femmes et 1,0 an chez les hommes ; le gain n'est plus que de 0,1 an et 0,2 an autour de 3 000 euros par mois. Entre les périodes 2012-2016 et 2020-2024, l'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'accroît. L'espérance de vie des 25 % les plus modestes diminue, sauf pour les 5 % aux plus faibles niveaux de vie ; dans le même temps, celle des personnes plus aisées progresse. A sexe, âge et niveau de vie donnés, on vit le plus longtemps dans les Pays de la Loire et en Occitanie, et le moins longtemps dans les Hauts-de-France.

► **The Effects of Pension Reforms on Health Inequality in Italy**

BRUGIAVINI, A., BUIA, R.E., PASINI, G., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34655

<https://www.nber.org/papers/w34655>

Using data from the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we explore whether the recent pension reforms enacted in Italy had an impact on the inequality in health among individuals. We construct a set of indexes measuring several health outcomes (both physical and mental) and analyze their evolution along time (across SHARE waves) from 2004 to 2022, by relating them to the households' income. While we can observe some differences in the health-income gradient between genders, we do not find evidence of a positive relationship between the introduction of the pension reforms and an increase in inequality.

► **Interdisciplinary Analysis of Disparities in Healthcare Access: Structural, Economic, and Policy Determinants of Health Inequity**

CHOWDHURY, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6061434

Healthcare access in the United States is a profound social crisis characterized not by isolated clinical failures but by systemic barriers embedded in the nation's social and institutional architecture. This paper provides an interdisciplinary analysis of these disparities, integrating sociological, economic, public health, and legal perspectives. By examining the structural "sorting" of patients, economic incentives, population-level social determinants, and the legislative architecture of care, this report identifies how inequities are reproduced. The research process utilized Artificial Intelligence (ChatGPT) as a starting point to bridge these distinct disciplines, revealing how "neutral" administrative routines function as mechanisms of exclusion. The paper explores themes such as the "Healthy Immigrant Effect," racialized legal status, and the digital divide, ultimately advocating for community-centered solutions like Community-Based Participatory Research (CBPR) to meet the health equity goals of Healthy People 2030.

► **Inégalités sociales, scolaires et de santé : Repenser le chemin vers l'égalité des chances - Observatoire québécois des inégalités**

FOURNIER, F.

2025

Québec, Observatoire québécois des inégalités

<https://observatoiredesinegalites.com/wp-content/uploads/2025/11/Inegalites-scolaires-et-de-sante-Rapport-VF.pdf>

L'Observatoire québécois des inégalités a publié une étude sur les liens entre la santé physique et mentale et la réussite scolaire. Une scolarité prolongée pourrait améliorer la qualité de vie, l'espérance de vie et la santé globale. L'étude analyse les vulnérabilités dès la petite enfance, les coûts sociaux du décrochage et les disparités persistantes malgré des politiques publiques visant l'égalité des chances. Elle interroge enfin l'organisation scolaire et ses effets sur la reproduction des inégalités. Selon les auteurs de l'étude, une santé précaire, qu'elle soit physique ou mentale, accroît le risque de retard scolaire et de décrochage, particulièrement chez les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA), dont les taux de diplomation demeurent nettement inférieurs à la moyenne. À l'inverse, le niveau de scolarité agit comme un puissant levier de santé : il favorise l'accès à l'emploi, la stabilité économique et des comportements préventifs. Les écarts sont frappants : l'espérance de vie varie de 8 à 11 ans entre les extrêmes de scolarisation. Les risques de maladies chroniques ou de dépression sont significativement plus élevés chez les moins diplômés.

► The Gendered Landscape of Informal Caregiving: Cohort Effects and Socioeconomic Inequalities in England

PETRILLO, M., RODRIGUES, R., BENNETT, M., *et al.*

2025

Sheffield, University of Sheffield*

<https://ideas.repec.org/p/shf/wpaper/2025009.html>

Abstract: We provide the first detailed cohort analysis to investigate both the effect of individual-level poverty and meso-level deprivation on the gender care gap, highlighting how individual circumstances and place shape caregiving provision. Using data from the UK Household Longitudinal Study (N = 40,324), we apply two complementary approaches: (i) multilevel mixed-effect logistic regression to provide detailed age cohort analysis of the probability of providing informal care by sex, accounting for the nested data structure; and (ii) Multilevel Analysis of Individual Heterogeneity and Discriminatory Accuracy (MAIHDA) to examine whether the factors that shape the probability of providing care have additive or multiplicative reinforcing

effects. Results reveal a clear age pattern in caregiving, peaking between ages 60–70 before declining, with earlier-born cohorts showing higher caregiving likelihood at the same ages compared to later-born cohorts. The gender care gap is most pronounced among middle-born cohorts (1969–1978, 1959–1968, and 1949–1958), particularly between ages 50 and 60. Both poverty and geographic deprivation significantly shape gendered caregiving inequalities: the gender care gap is wider among individuals above the poverty line and in deprived local authority districts. The caregiving likelihood is primarily driven by the independent effects of cohort, gender, poverty, and meso-level deprivation, with limited evidence of multiplicative intersectional effects. These findings demonstrate that the gender care gap is not a uniform phenomenon. Policy attempts to address the gender care gap need to be mindful of these variations, not least because they potentially elucidate the potential sources of gender inequalities in care.

► Public vs. private: Inequality in health care benefits under Germany's dual system

VITT, H.

2025

Leibniz, Econstor*

<https://www.econstor.eu/handle/10419/334485>

Health care services are Germany's largest in-kind transfer, yet their distributional effects remain under-explored. Using a microsimulation model, we integrate detailed survey data on health care utilisation from the German Health Update Study (GEDA) with administrative expenditure records from the German Health Reporting system. In contrast to previous studies that allocate benefits using demographic proxies, we apply an actual-use, cost-based approach to assign thirteen categories of health care services to individuals based on reported utilisation. These services are monetised and added to equivalised household income to assess their redistributive effect. We find that total benefits are overall progressive: publicly insured individuals average about €3,759 in benefits, while civil-servant-subsidised private insurance averages €4,050, with public insurance raising household income substantially more due to its wider coverage and targeting of need. A KOB-decomposition at the 60% median-income threshold shows that the poor receive €1,432 more in total benefits than the non-poor, with most of the explained gap driven by worse health status and activity limitations and further widened by employment

composition. A lower prevalence of private insurance among the poor narrows the gap. Distribution-wide RIF results reveal that the explained component is sizable at P75 (+€1356) and very large at the 90th percentile (+€5480), reflecting steep need gradients at the top of

the benefit distribution. By service type, hospital and GP benefits remain progressive, while specialist care shows no significant mean gap. However, composition effects still indicate that private insurance pushes specialist benefits toward the better-off.

Médicaments

Pharmaceuticals

► Chiffres clés du médicament : Quel panorama en 2024 ?

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2026

Paris, C.N.A.M

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-01-14-%20DP%20m%C3%A9dicaments.pdf>

La Caisse nationale de l'Assurance maladie a réalisé une analyse des dépenses de médicaments remboursés et délivrés en ville sur ces dix dernières années. Elle montre un poids croissant des prescriptions de médecins exerçant en établissements de santé : en 2024, l'Assurance maladie a remboursé 27,2 milliards d'euros de médicaments délivrés en pharmacies de ville, avec une hausse particulièrement marquée sur l'année. Cette publication souligne également l'amélioration du taux de remboursement moyen des prescriptions par la Sécurité sociale.

► Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les seniors restent élevées

PENNEAU, A. ET PICHETTI, S.
2026

Questions d'économie de la santé (Irdes) (304)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/304-les-prescriptions-potentiellement-inappropriees-de-benzodiazepines-chez-les-seniors-restent-elevees.pdf>

Pour les personnes âgées, l'usage prolongé des benzodiazépines, couramment prescrites en tant qu'hypnotiques ou anxiolytiques, est associé à une augmentation des effets indésirables, tels que les troubles de la mémoire et les chutes. Le niveau de prescription de benzodiazépines en France reste particulièrement élevé, malgré une tendance à la baisse commune à

l'ensemble des pays de l'OCDE : en 2012, 28 % des Français âgés de 65 ans et plus reçoivent une prescription de benzodiazépines, et 17 % une prescription potentiellement inappropriée ; en 2022, ces taux baissent pour atteindre respectivement 23 % et 13 %. Chez les personnes atteintes de pathologies psychiques ou neurovégétatives, les taux, parmi les plus élevés, sont restés stables durant cette période. Ces niveaux de prescriptions potentiellement inappropriées sont davantage observés chez les patients des médecins hommes plus âgés, et sont plus élevés dans certains territoires, notamment en Bretagne, dans le Nord, en Champagne-Ardenne, dans le Limousin et en Gironde. Ces disparités territoriales sont associées à des différences de niveaux socio-économiques des populations, mais également d'accessibilité à l'offre médicale, notamment aux médecins généralistes : plus l'offre est importante, plus le niveau de prescription est élevé. Afin d'améliorer le respect des recommandations nationales de bonnes pratiques, il semble nécessaire de mieux informer l'ensemble de la population sur la nocivité de ces traitements, et aussi de développer des alternatives non médicamenteuses pour traiter les troubles anxieux et du sommeil, notamment auprès des populations atteintes de maladies neurodégénératives et de troubles psychiques.

► **Diversity in Causes of Death:
A New Framework to Account
for Multiple Causes of Death**

BERGERON-BOUCHER, M.P., TRIAS-LLIMOS, S. ET
DESESQUELLES, A.

2025

New York, arXiv

https://econpapers.repec.org/paper/osfsocarx/mv36f_5fv1.htm

Background: The structure of causes of death has changed in low-mortality countries, with recent trends showing increasing cause diversity. However, most research overlooks that several conditions often contribute to the process leading to death. Objective: This paper develops a framework for studying cause-of-death diversity that accounts for multiple causes of death (MCoD). Methods: We introduce novel MCoD life tables to estimate cause diversity based on age-standardized metrics. Two dimensions of diversity are assessed: the average number of causes contributing to death and how diverse are these causes. For the latter dimension, two indexes derived from the Gini-Simpson index are proposed, each based on a different perception of the role of the contributing causes in the process leading to death. All metrics are decomposable and applied to data from Denmark, France, Spain and the U.S. Results: The results show increased cause diversity, both in terms of the average number of causes and how evenly deaths are distributed across groups of causes. MCoD yields higher diversity than the underlying causes of death (UCD), confirming that relying solely on UCD downplays the complexity of the mortality process. However, the increase over time in diversity is more modest when using MCoD compared to UCD. The main driver of increasing cause diversity is the decline in mortality from diseases of the circulatory system. Contribution: This study offers a novel framework for analyzing cause diversity using MCoD. The proposed metrics are intuitive, life-table-based, and provide valuable insights into the growing complexity of the mortality process across countries.

► **Eliciting Preferences for Well-Being
Measurement: A Comparison of Methods**

DA COSTA, S., FLEURBAEY, M., BURONE, S., *et al.*

2025

Rochester, S.S.R.N

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5928495

The elicitation of willingness to pay remains a serious empirical challenge. Such elicitation is important for cost-benefit analysis. It is also central to the estimation of equivalent income, a multidimensional measure of well-being that respects individual preferences by adjusting income to incorporate an individual's willingness to pay to achieve a reference level in non-income dimensions. In this paper, we test four different preference elicitation methods with an online survey of almost 2,000 French respondents. Our experimental design allows us to compare both between-and within-respondent variations in willingness to pay and equivalent income. In addition, we consider two non-income dimensions: health and social interactions, the latter of which has been relatively neglected in welfare economics literature. We find large differences between the elicited values across methods and dimensions.

► **Integrating Equity and Productivity
in Health Evaluation**

HANSEN, K.S., MORENO-TEMERO, J.D. ET OSTERDAL, L.P.

2025

Copenhagen, Copenhagen Business School*

https://research-api.cbs.dk/ws/portalfiles/portal/120577585/ECON_WP_9.pdf

This paper develops a unified framework for evaluating health outcomes that jointly incorporates equity and productivity. Extending beyond traditional QALYs, PALYs, and the more recent PQALYs, we introduce a class of Évaluation functions that integrate fairness- and productivity-sensitive principles. By imposing normative principles, including independence from measurement scales and Pigou-Dalton transfer properties, we obtain tractable power-form representations. In balancing distributive justice and efficiency, the framework provides a coherent foundation for assess-

ing health interventions in contexts where both equity and productive capacity are at stake.

► **Causal analysis. Impact Évaluation and causal machine learning with applications in R**

HUBER, M.

2023

Cambridge, The MIT Press

Reasoning about cause and effect—the consequence of doing one thing versus another—is an integral part of our lives as human beings. In an increasingly digital and data-driven economy, the importance of sophisticated causal analysis only deepens. Presenting the most important quantitative methods for evaluating causal effects, this textbook provides graduate students and researchers with a clear and comprehensive introduction to the causal analysis of empirical data. Martin Huber’s accessible approach highlights the intuition and motivation behind various methods while also providing formal discussions of key concepts using statistical notation. Causal Analysis covers several methodological developments not covered in other texts, including new trends in machine learning, the Évaluation of interaction or interference effects, and recent research designs such as bunching or kink designs (4^e de couv.)

► **Estimer la valeur économique du risque de mortalité dans l'évaluation des politiques publiques (version abrégée) : Méta-analyse mondiale des études sur la valeur d'une vie statistique**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2025/10/mortality-risk-valuation-in-policy-assessment_733b9d66/5d085904-fr.pdf

Ce rapport de l'OCDE met à jour la « valeur d'une vie statistique » (VVS) pour mieux monétariser les bénéfices des politiques qui réduisent le risque de mortalité. Il s'appuie sur une méta-analyse de près de 4 000 estimations issues de 280 études menées dans 49 pays entre 1970 et 2023. Les VVS moyennes vont d'environ 1 million USD (pays à revenu faible ou intermédiaire) à plus de 7 millions USD (OCDE et pays à revenu élevé), en dollars 2022 PPA. Des lignes directrices sont proposées pour adapter ces valeurs au contexte national, notamment via le PIB par habitant et des analyses de sensibilité. Le rapport déconseille d'ajuster la VVS selon l'âge ou la plupart des types de risques et souligne l'enjeu de transparence pour l'évaluation socio-économique des politiques publiques.

Politique de santé

Health Policy

► **Assessing cancer care quality in OECD countries. New indicators for benchmarking performance**

BERCHET, C., BOWERS, L. ET KELLY, D.

2025

Paris, O.C.D.E.*

https://www.oecd.org/en/publications/assessing-cancer-care-quality-in-oecd-countries_b3f47ece-en.html

As the disease burden of cancer increases in OECD countries, so too does the economic and social burden on health systems. Better internationally comparable indicators are required to measure and report the quality of cancer care delivered by health systems

in order to assess current practices and inform future cancer care policy. This paper details the OECD pilot data collection and development of six indicators across three key domains of cancer care: access and timeliness, quality of care, and patient centeredness. It reports findings from 18 OECD countries participating in the pilot, enabling assessment and benchmarking of performance against the OECD average in quality of cancer care. The recommendations for health policy-makers include recognising the essential role of cancer registries and data linkages for cancer care monitoring, refinement and adoption of the pilot indicator definitions and development of future indicators.

► **La sobriété dans les soins - principe civique de solidarité**

BRINGER, J., ELEFANT, E. ET ESPER, C.
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/la-sobriete-dans-le-soin-principe-civique-de-solidarite/>

De nombreux facteurs contribuent à ce que le soin soit devenu un bien de consommation dont on peut abuser : ainsi, la surmédicalisation, l'extra-médicalisation et d'autres facteurs contributifs, concourent à stimuler l'offre et la demande de soins entre convenance, facilité et mercantilisme. La sobriété en soins, à l'opposé de la privation, est un mode d'exercice médical et soignant et de consommation des soins qui privilégie la pertinence et la qualité à la quantité. La surmédicalisation résulte de la rencontre de la propension à prescrire pour rassurer, de façon réflexe ou systématique, et de l'attente addictive de la prescription comme solution à toute plainte. L'extra-médicalisation participe au consumérisme en induisant une prescription qui intègre le champ du bien-être, du confort, des aspirations sociétales et parfois de la compensation d'un vécu social. La fascination pour l'innovation, la promotion pharmaceutique et biotechnologique, certains modes d'exercice de la médecine avec l'intrusion de la financiarisation outrancière stimulent la consommation en soins. Les conséquences de ces déviations consuméristes du système de santé sont multiples : le risque iatrogène, l'inéquité des soins, l'impact environnemental avec des retombées écologiques qui ne peuvent être négligées, un insoutenable économique qui ne saurait être occultée. L'efficacité de la gestion administrative en strates doit, elle aussi, être évaluée au filtre d'un questionnement éthique sur ses conséquences en termes d'autonomie/responsabilité des professionnels du soin, de bienfaisance/efficacité/pertinence, de non-malfaisance et d'équité des décisions. Sur la base de ce constat, l'Académie Nationale de Médecine émet des recommandations destinées aux citoyens et usagers du système de santé, aux professionnels de santé, aux institutions chargées de l'organisation, de la gestion et du financement des soins et aux industriels des produits de santé. Il en va d'un impératif civique de sauvegarde de notre système de solidarité nationale.

► **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2026-2030**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2026

Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.

<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/feuille-de-route-2026-2030>

La seconde feuille de route 2026-2030 vise à simplifier, prioriser et renforcer l'impact des actions de lutte contre les cancers. Élaborée en co-construction avec l'ensemble des parties prenantes, elle se recentre sur un nombre limité de priorités (5) et de publics cibles (5), et privilégie les mesures à plus fort effet de levier, afin d'accentuer l'effort là où il sera le plus décisif pour nos concitoyens.

► **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : bilan de la feuille de route 2021-2025**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2025

Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.

<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/rapport-bilan-de-la-feuille-de-route-2021-2030>

Le 4 février 2021, à l'occasion de la journée mondiale contre le cancer, le président de la République présentait la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Pour la première fois, la France se dotait d'un projet non pas à 5 ans mais à 10 ans, considérant que les ambitions fixées ne pouvaient se réaliser que sur le temps long. Une première feuille de route 2021-2025 a été mise en œuvre et s'est attachée à initier les actions dans l'ensemble des axes prioritaires. Quelles avancées après 5 ans d'action ? Ce rapport est destiné à l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les cancers. Il dresse un bilan de la mise en œuvre de cette première feuille de route et présente les actions et résultats pouvant être mesurés à court terme, avant l'évaluation finale de la politique de lutte contre les cancers qui sera menée à son échéance, en 2030, sur une période plus longue.

► **Évaluation du programme national pour l'alimentation et du programme national nutrition santé**

HENDRIKX, P., PUECH, L. ET BURSTIN, A.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/Évaluation-du-programme-national-pour-l'alimentation-et-du-programme-nationale-nutrition-sante>

Dans la perspective de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) ont évalué les deux programmes en vigueur : le 3^e Programme national pour l'alimentation et le 4^e Programme national nutrition santé. Cette évaluation vise à éclairer les prochaines programmations en analysant les réalisations antérieures au regard d'enjeux sanitaires, économiques et sociaux majeurs, tout en intégrant mieux la dimension environnementale et climatique.

► **Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire>

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice a pour objectif de fournir des références juridiques tenant compte des dernières modifications législatives et réglementaires, des repères méthodologiques et des outils opérationnels pour organiser les soins et améliorer la santé de ces personnes, en détention ou en milieu ouvert.

► **Prise en charge des personnes en situation d'obésité : Feuille de route 2026-2030**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/lancement-de-la-feuille-de-route-2026-2030-pour-la-prise-en-charge-des>

L'obésité continue de progresser, en particulier dans ses formes les plus sévères et complexes. Elle touche de plus en plus tôt, s'inscrit dans les inégalités sociales, économiques et territoriales et expose à des complications médicales graves, à une altération de la qualité de vie et à des difficultés d'accès aux soins. C'est dans ce contexte que Mme Stéphanie Rist, Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, lance la feuille de route 2026-2030 pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité, cadre national visant à franchir un nouveau cap dans l'action publique. Cette feuille de route consolide ce qui fonctionne, corrige ce qui fragilise et accélère là où l'attente est la plus forte.

► **The State of Cardiovascular Health in the European Union**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en.html

Cardiovascular disease (CVD) remains the leading cause of death and disability in the European Union, with significant geographic, gender and socio-economic disparities in outcomes and care. Despite progress in prevention and treatment, the COVID-19 pandemic reversed some gains, and most countries still face challenges in ensuring effective prevention, early detection, access to acute care and long-term management. The economic and social burden of CVD is immense, driven by premature mortality, lost productivity, and high healthcare costs. While digital health tools, AI and remote monitoring offer promising innovations, their integration into national systems remains limited. Cross-sectoral prevention policies implemented across the life course and a growing emphasis on people-centred care and rehabilitation are critical levers to reduce the burden of CVD and improve long-term outcomes in Europe.

► **Les maisons Sport-Santé**

ZEGGAR, H. ET ROLLAND, D.

2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/les-maisons-sport-sante>

Ce rapport analyse le dispositif des maisons sport-santé (MSS) - mis en place en 2019 - et propose de faire évoluer leur pilotage, de les pérenniser et les développer, notamment en précisant certaines normes et en consolidant leur modèle économique. La mission constate la pertinence du dispositif qui a rencontré son public, suscité l'adhésion des acteurs, et qui s'est déployé sur

le territoire. Elle fait le constat aussi de la variété, tant des statuts des structures support, que des dimensions, des offres de service et des tarifs, certains éléments méritant d'être mieux encadrés. En fin de compte, la mission estime qu'il y a un intérêt manifeste à poursuivre le développement de nouvelles MSS, mais également à consolider le fonctionnement de l'existant.

Politique sociale

Social Policy

► **Minima sociaux et prestations de solidarité - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2025**

ABASSI, E., ATHARI, E. ET BLASCO, J.
2025

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/251204-minima-sociaux-et-prestations-de-solidarite>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie son ouvrage annuel « Minima sociaux et prestations de solidarité ». Cet ouvrage offre un panorama complet des différents dispositifs permettant d'assurer la redistribution en faveur des ménages les plus modestes, mais aussi des conditions de vie et des parcours de ces derniers. L'édition 2025 propose notamment des études sur l'accompagnement, l'insertion, l'emploi et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité. Elle présente les barèmes en vigueur à ce jour des prestations sociales. Les effets des prestations sociales sur la réduction de la pauvreté y sont aussi analysés.

► **L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA : Premiers résultats des remontées individuelles sur l'insertion des bénéficiaires du RSA (RI-insertion)**

BOYER, A.
2025

Dossiers de la Drees (133)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/251211-DD-accompagnement-orientation-b%C3%A9n%C3%A9ficiaires-RSA>

Cette étude sur le devenir d'entrants dans les droits et devoirs apporte des éclairages sur les disparités territoriales tant les délais d'orientation que dans le l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

► **Les dépenses sociales ont augmenté partout en Europe entre 2007 et 2023, à quelques exceptions près**

DHERBECOURT, C. ET DIDIER, M.
2025

Études et résultats (Drees) (1357)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Etudes-et-resultats/251203-ER-%C3%A9volution-des-d%C3%A9penses-de-protection-sociale-en-Europe>

Europe La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur l'évolution des dépenses de prestations sociales dans les pays d'Europe entre 2007 et 2023. Cette étude est élaborée à partir des données Esspros (système européen de statistiques intégrées sur la protection sociale) diffusées par Eurostat. Elle met en perspective la progression de la part des dépenses sociales dans le PIB en France et dans les autres pays européens sur la période, de manière globale et plus spécifiquement sur les deux principaux risques sociaux : la vieillesse et la maladie. Le lien entre croissance économique et évolution de la part des dépenses sociale est analysé. Des indicateurs relatifs à l'évolution des conditions de vie sont mis en regard des évolutions de dépenses observées dans les différents pays, afin d'étudier leurs

implications sur la lutte contre la pauvreté ou l'accès à la santé.

► **Healthcare utilisation among children in contact with social services in England: an interrupted time series using ECHILD**

LUNA, E., GRIFFITHS, L.J., BROADHURTS, K., *et al.*
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5783084

Background. Children in contact with children's social care (CSC) services have high levels of hospital utilisation, but patterns before and after referral remain insufficiently understood. **Objective** to evaluate healthcare utilisation two years before and after CSC referral. **Participants and setting** Retrospective cohort using ECHILD linked health and social care data, including children with a first CSC referral between 2009 and 2018 in England. **Methods** We compared monthly planned and unplanned hospital contact rates for

Children in Need, Children under Protection Plans, and Children Looked After with age-sex-matched cohorts. We used interrupted time series analysis to examine how healthcare utilisation changed following referral. We also explored reasons for hospital contacts. **Results** We analysed >12 million hospital contacts for 1,014,330 Children in Need, 204,240 Children under Protection Plan and 177,640 Children Looked After. Children Looked After had the highest average number of total contacts (11.8 per child over a 4 year period), followed by Children in Need (8.8) and Children under Protection Plans (8.4). All CSC groups had about twice the contacts of matched peers. Healthcare utilisation increased sharply prior to referral, with a peak around referral. After referral, planned care increased and unplanned care decreased, with pre-referral upward trends slowing or reversing. The most common reason for healthcare utilisation was mental health-related. At a population level, CSC referral marks a pivotal point in healthcare utilisation, with a shift from unplanned to planned care. This may reflect more structured engagement with health services and coordinated support for children and families.

Prevention

► **Cultural Origins of Preventive Health Care Utilization**

BIETENBECK, J., MASCHMANN, L., NILSSON, T., *et al.*
2025

Bonn, I.Z.A.*

<https://docs.iza.org/dp18301.pdf>

We examine whether culturally transmitted time and risk preferences help explain differences in preventive health care uptake. We combine individual-level survey data from 27 European countries with country-level preference measures from the Global Preferences Survey. To isolate cultural influences from institutional and economic confounders, we focus on second-generation immigrants, who were born and currently reside in the same country – and thus face the same institutional environment and health care system – but whose parents originate from culturally distinct countries. We find that descendants of more patient cultures are more likely to use preventive services, while those

from more risk-taking cultures are less likely to do so. These associations appear across multiple preventive care outcomes and remain robust to a wide range of socio-demographic and country-of-origin controls. The results highlight the role of culturally shaped preferences as a subtle but systematic determinant of preventive health behavior.

► **When Do Financial Incentives Work? A Meta-Analysis on the Role of Goal-Setting in Physical Activity Interventions**

KWASNIOK, D.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5905904

This systematic review and meta-analysis investigates the interplay between financial incentives and

goal-setting in promoting physical activity. Based on 44 randomised or quasi-randomised studies comprising 135 effect sizes, the results indicate that interventions using financial incentives increase gym attendance by 0.21 standard deviations and daily step counts by 0.40 standard deviations. Metaregressions show that the effectiveness of financial incentives diminishes when goalsetting is implemented in both treatment and reference groups. Neither goal difficulty nor goal specificity moderated intervention effects. These findings underscore the importance of rigorous study design. Failing to control for goal-setting in reference groups may bias estimates of treatment effects. In contexts where goal-setting is already standard practice, monetary incentives may offer limited additional benefit. Nevertheless, understanding these dynamics is crucial for designing sustainable, evidence-based behavioral health policies that strike a balance between effectiveness, efficiency, and practical feasibility. The results have important implications for the design and Évaluation of behavioral health interventions in both policy and practice.

► **Preventive Care Disruptions and Emergency Hospitalizations: Evidence from COVID-19 and SHARE**

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

2026

New York, arXiv

<https://arxiv.org/abs/2512.18342>

We study whether disruptions to preventive care during the first wave of the coronavirus disease 2019 pandemic affected subsequent acute hospital use. Using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe from eight countries, we focus on women aged 50-69, the target group for organized breast cancer screening. The outcome is an indicator for any all-cause emergency overnight hospitalization in the prior twelve months. To address selection into screening, we use an instrumental variables design based on six interview-month cohorts in Wave 9 (March-August 2022) interacted with country indicators. Because mammography is reported over a two-year recall window anchored to the interview month, these cohort-by-country interactions shift how much of the March-August 2020 restriction period falls inside the recall window, generating variation in mammography uptake across cohorts within countries. The estimates imply that mammography reduces emergency overnight hospitalization by about six percentage points. No effect

appears among women aged 70 and above. Results are robust to controls, disruption measures, and falsification tests.

► **Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé**

SCEMAMA, A.

2025

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

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

Depuis 2018, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié une série de guides, de fiches, de fiches de synthèse et de fiches d'information patient pour les adultes et pour les enfants, afin d'accompagner la consultation, la prescription et la dispensation de l'activité physique à des fins de santé. Les guides de la HAS proposent une synthèse des données sur les impacts de l'activité physique et de la sédentarité sur la santé des adultes et des enfants. Ils précisent chez l'adulte les modalités d'une consultation médicale dédiée à l'activité physique et, chez l'enfant, la place de l'activité physique dans la consultation pédiatrique standard. Ils définissent les modalités de prescription d'une activité physique ou d'un programme en activité physique adaptée (APA). Les fiches d'aide à la prescription d'activité physique par pathologie et leur fiche de synthèse définissent, au mieux, les indications de l'activité physique et de l'APA selon la pathologie ciblée et son stade évolutif.

► **Beyond Average Effects: Heterogeneous Impacts of Health Checkup and Behavioral Guidance on Health Care**

WATANABE, Y. ET NOGUCHI, H.

2025

Tokyo, Waseda University*

<https://www.waseda.jp/fpse/winpec/assets/uploads/2025/12/E2525.pdf>

There exists a globally growing concern regarding the prevention and control of noncommunicable diseases (NCDs), and Japan is no exception, as lifestyle-related NCDs have a significant impact on public health. To prevent the prevalence of metabolic syndrome and control rising healthcare costs, the Japanese government initiated a novel annual health checkup program in April 2008. We examine how organized prevention programs affect healthcare outcomes, separately identifying screening effects versus behavioral intervention

effects while documenting substantial heterogeneity across demographic subgroups. Using comprehensive administrative data from Japan's National Health Insurance system (FY 2011–2016), we employ instrumental variable estimation exploiting peer participation rates to address selection bias in voluntary health checkups, and difference-in-differences estimation leveraging systematic assignment rules for behavioral guidance interventions. Health checkup participation generates minimal average effects but substantial heterogeneity: younger participants (40–64 years) reduce hospitalization, while elderly participants (65–74 years) increase outpatient care expenditures. Males experience higher inpatient care costs; females significantly reduce hospitalization. Income-based heterogeneity is absent, suggesting Japan's universal coverage

successfully minimizes financial barriers. Strikingly, light-touch motivational support proves more effective than intensive six month guidance at increasing outpatient care utilization, with effects concentrated among elderly, female, and lower-income populations. These findings reveal fundamental misalignment in current program design: resource-intensive interventions target populations least responsive to behavioral guidance while the most responsive populations receive minimal support. Our results challenge conventional dose-response assumptions and have important implications for optimal prevention program design in aging societies worldwide, suggesting substantial efficiency gains through reallocation toward targeted light-touch interventions.

Psychiatry

► Why is the Mental Health of the Youngest American Workers in Decline?

BLANCHFLOWER, D.G. ET BRYSON, A.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34696

<https://www.nber.org/papers/w34696>

The worsening mental health of young workers in the United States drives the disappearance of the U-shape in wellbeing and the hump-shape in illbeing in the last decade. Illbeing declines in age among workers but is hump-shaped among non-workers across all US states. This has been the case for some time and is apparent in our analyses of two large US datasets with long time runs - the Behavioral Risk Survey System 1993-2025 and the National Health Interview Survey of 1997-2024. Although the mental health of workers and non-workers has been declining it has been deteriorating most quickly among young workers, leading to a steepening in the age gradient of mental illbeing for workers. Improvements in worker wellbeing (and declines in worker illbeing) with age are mirrored in age differences in reported working conditions in the American Job Quality Survey of 2025: six measures of job quality rise with age. Declines in mental health are most pronounced among the youngest workers ages 18-22 who are likely drawn from lower socio-economic classes

and report the greatest difficulties making ends meet.

► Profils et parcours de santé mentale des patients à l'aune du Covid 19 PROPAMENCO

BONNET, C., CHERBONNET, C., DUGRAND, C., *et al.*

2025

Dijon, O.R.S. de Bourgogne

<https://www.orsbfc.org/publications/profils-et-parcours-de-sante-mentale-des-patients-a-laune-du-covid-19-propamenco/>

Cette recherche propose de mieux comprendre les conséquences de la pandémie sur l'apparition et la prise en charge des souffrances psychiques. Elle s'attache aux nouveaux profils de patients soignés pour maladies psychiatriques de deux tranches d'âges : 18-24 ans et 50-64 ans. Composée d'un volet quantitatif et d'un volet qualitatif, elle porte sur les régions de Bourgogne-Franche-Comté et de Centre-Val de Loire. L'analyse quantitative est réalisée à partir des données du Système national des données de santé – SNDS. Entre 2016-2021, elle fait apparaître une forte augmentation de prise en charge en santé mentale sur la période « liée à la crise Covid » chez les jeunes de 18-24 ans déjà suivis. Bien que l'augmentation soit

moins marquée, les personnes de 50-64 ans « nouveaux » patients sont aussi concernées. La typologie des parcours de soins permet de nuancer ces premiers constats, l'impact de la crise Covid étant plus ou moins marqué selon les groupes-type d'individus. L'analyse sociologique s'est construite autour de 29 entretiens auprès des personnes concernées. Elle s'est axée sur les épisodes de mal-être identifiés par les personnes et les symptômes associés à ceux-ci. Cette analyse montre, pour les deux classes d'âge étudiées, que la crise sanitaire a constitué un moment inédit de déclenchement ou d'intensification des troubles psychiques quelle que soit la temporalité d'apparition des troubles. Les souffrances sont apparues à divers moments : dès le premier confinement pour certains, et pour d'autres à des moments ultérieurs, ce qui témoigne du caractère diffus de son influence. Dans de nombreux cas les souffrances vécues durant la crise sont le prolongement d'expériences antérieures. On constate que quelques mois de mise à distance de la vie sociale ont parfois suffi à transformer les manières d'interagir.

► **L'effectivité des voies de recours en psychiatrie**

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DES LIBERTÉS

2025

Montreuil, C.G.L.P.L.

<https://www.cgplp.fr/publications/leffectivite-des-voies-de-recours-en-psychiatrie>

Ce rapport présente les voies de contrôle juridictionnel prévues par le droit au bénéfice des patients placés en soins sans consentement ou objet de mesures d'isolement et de contention, dresse un bilan de leurs effets sur les droits des patients et propose diverses pistes d'évolution pour renforcer ces effets.

► **Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes**

HAZO, J.B., AUBAIN, L. ET CADILLAC, M.

2026

Études et résultats (Drees) (1364)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260129-suicide-hommes-modestes-france>

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

les inégalités sociales de suicide à partir d'une source originale permettant de croiser causes médicales de décès, niveau de vie, lieu de naissance et caractéristiques sociales d'un large échantillon représentatif de la population.

► **La santé mentale des actifs en France : un coût de 25 milliards d'euros par an**

MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

2025

Paris, Asterès

<https://presse.mgen.fr/assets/Étude-asteres-acteurs-de-la-french-care-mgen-sante-mentale-des-actifs-novembre-25-b8002-f9bbc.html>

La santé mentale constitue un enjeu sanitaire, économique et social de premier ordre. En 2022, 3,4 millions d'actifs ont été concernés par des pathologies mentales et la prise de traitements psychotropes. Sur un an, le coût tangible de la santé mentale pour l'Assurance maladie, les Ocam et les entreprises est estimé par Asterès à 24,7 milliards d'euros. L'ampleur du fardeau invite à déployer des actions de prévention de grande envergure pour réduire l'impact sanitaire et en tirer des dividendes économiques pour l'ensemble des acteurs.

► **Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, des enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale - Résultats de l'étude nationale sur le bien-être des enfants**

MOTREFF, Y., DECIO, V. ET SENTENAC, M.

2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-recours-aux-soins-pour-difficultes-de-sante-mentale-y-compris-pour-des-difficultes-d-apprentissage-des-enfants-scolarises-du-cp-au-cm2-en-fran>

La santé mentale des enfants constitue un enjeu majeur de santé publique, tant en raison de ses répercussions individuelles que de ses implications sociétales. Différentes études épidémiologiques internationales soulignent qu'une part importante des enfants n'ont pas accès aux soins en santé mentale. En France, il n'existe pas de données estimant le recours aux soins en santé mentale des enfants de 6 à 11 ans. Les objectifs de ce rapport sont : 1/ d'estimer la fréquence du recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y

compris pour des difficultés d'apprentissage, parmi les enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale, 2/ d'identifier les facteurs associés à ce recours.

► **Contention et privation de liberté des personnes soignées. : Applications en institution et à domicile**

WANQUET-THIBAUT, P.

2021

Rueil-Malmaison, Editions Lamarre

Ai-je le droit d'attacher un patient dans son lit ? Qui décide de la contention ? Quelle est la frontière entre sécurité, maltraitance et violence ? Dois-je obtenir le consentement du patient pour mettre en place une contention ? Rédigé par un collectif d'auteurs – infirmiers experts dans leur domaine, cadres de santé, avo-

cat, docteur en philosophie –, cet ouvrage dresse un panorama exhaustif et multidisciplinaire des pratiques de contention et de privation de liberté des personnes soignées. L'ouvrage s'ouvre sur les questions les plus fréquentes sur la contention et la restriction de liberté puis aborde les aspects juridique, éthique ainsi que les alternatives. Sont ensuite présentées les pratiques quotidiennes de contention et privation de liberté dans différentes situations de soin et divers services : pédiatrie, urgences, réanimation, psychiatrie, gériatrie ou à domicile. Enfin, le livre formule des propositions relatives à la formation des étudiants et des professionnels. Dans un cadre législatif en pleine évolution et un contexte sociétal et sanitaire qui interroge les restrictions de liberté et de mouvement, cet ouvrage fait la synthèse des pratiques, limites et alternatives à la contention et à la privation de liberté pour les patients et les soignants (4^e de couv.).

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **Réguler sans contraindre. L'État et les médecins face aux déserts médicaux**

MOYAL, A.

2025

Paris, Presses de Sciences Po

Dès les années 2000, la démographie des médecins généralistes commence à inquiéter les pouvoirs publics, la population et la profession médicale elle-même. Pour lutter contre les déserts médicaux, les politiques privilégient des mesures incitatives, refusant de toucher à la liberté d'installation et d'organisation des médecins. La plus emblématique d'entre elles est la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), en 2007, qui rassemblent des professionnels médicaux et paramédicaux. Ceux-ci s'engagent auprès de l'Assurance maladie et de l'administration sanitaire à appliquer de nouvelles règles en matière d'accès aux soins et de coordination, mais aussi à développer des activités de santé publique. Adouées par l'État, les MSP sont considérées comme attractives par les jeunes médecins généralistes qui, sans y être contraints, acceptent désormais d'exercer sous contrat. À travers une étude menée à l'échelle nationale et dans six MSP, Anne Moyal montre que, si les médecins

généralistes ont réussi à s'approprier ce modèle et à préserver jusqu'à présent leur autonomie, les maisons de santé contribuent à un encadrement progressif de leur activité. Cette enquête révèle ainsi les profondes transformations de la médecine générale en France (4^e de couv.)

► **Étude solitudes 2025 : Les liens de proximité : pivots de la sociabilité**

RIFFAUT, H., DESSAJAN, S. ET BERHUET, S.

2026

Paris, C.R.E.D.O.C.

<https://www.credoc.fr/publications/Étude-solitudes-2025-les-liens-de-proximite-pivots-de-la-sociabilite-rapport>

Cette nouvelle édition de l'étude Solitudes met l'accent sur les liens de proximité à partir d'une pluralité de méthodes, quantitatives et qualitatives, et d'échelles d'observation. Une enquête statistique conduite par le Crédoc en juillet 2025 a permis d'interroger plus de 3 000 personnes résidant en France. En parallèle, une enquête ethnographique a été menée par une équipe de recherche en sociologie et en anthropologie auprès de personnes seules ou isolées, accompagnées ou non

par des structures associatives, ainsi qu'auprès d'acteurs et d'actrices engagés sur le terrain. L'enquête couvre ainsi trois grandes catégories de personnes : la population générale, les professionnels et bénévoles associatifs investis dans la lutte contre l'isolement, et les personnes directement exposées à la solitude ou

à l'isolement. Le terrain ethnographique s'est déroulé sur le territoire français, en milieu rural, urbain et périurbain, dans les régions Île-de-France, Grand Est et Normandie. L'ensemble des résultats présentés repose sur une analyse croisée de ces différentes approches.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► Persuasion in Physician Agency

CARRONI, E., PIGNATARO, G. ET SICILIANI, L.
2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6110188

We analyze the physician–patient agency problem in a setting where patients have heterogeneous treatment preferences and physicians choose which diagnostic test to administer. Due to imperfect test accuracy, the equilibrium features both undertreatment and overtreatment. We assess the health and welfare effects of three policy interventions: improving test accuracy, imposing a minimum accuracy standard, and mandating testing. Enhancing test accuracy can reduce both undertreatment and unnecessary care, thereby improving health outcomes and welfare under certain conditions. A minimum accuracy standard can reduce overtreatment by eliminating tests with high false-positive rates, but may also increase undertreatment if the excluded tests are valuable for identifying sick patients. The net health impact depends on the trade-off between the specificity and sensitivity of the remaining test. Mandating testing improves health outcomes for high-preference patients by avoiding unnecessary treatment, but its welfare effects are mixed, as the added testing costs yield no benefit for low-preference patients who remain untreated.

► Staying or Leaving? Insights into Career Decisions of Nursing and Healthcare Apprentices in Rural Germany

EHLERT, A. ET OBERSCHACHTSIEK, D.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5698962

Workforce shortages pose a significant challenge to healthcare provision across Western countries, making the motivations and retention of future professionals a priority for research and policy. This study investigates key factors influencing career decisions and training experiences among apprentices in generalist nursing and special needs care, based on 242 standardized surveys conducted in nine classes at a health and social care training center in rural Germany. The study specifically investigates what motivates apprentices' career choices, the expectations they hold upon entering training, and how early experiences in vocational school and infirm training influence their intention to remain in the profession. Our findings indicate that traditional media exposure has minimal influence on career choice, whereas proximity and geographic accessibility emerge as key criteria. Importantly, negative experiences in vocational school curricula and inadequacies in firm-based training are significantly associated with reduced commitment to stay in the profession. Targeted interventions addressing curricular content, pedagogical support, and coordination between school and field training are crucial to reducing workforce attrition in regional healthcare.

► Les patients de 45 ans ou plus sont globalement satisfaits de leur prise en charge en médecine générale : Premiers résultats de l'enquête PaRIS, en France

GELEYN, D.
2025

Dossiers de la Drees (129)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/250220_Premiers-r%C3%A9sultats-enqu%C3%AAt-PaRIS

Pilotée par l'OCDE, l'enquête PaRIS (Patient-Reported Indicator Survey ou « enquête sur les indicateurs renseignés par les patients ») a été conçue dans le but d'analyser l'effet des pratiques des médecins sur l'expérience du patient et son état de santé et de comparer les pratiques entre les différents pays membres de l'OCDE participant à l'enquête. Menée par la Drees, en France, entre août et décembre 2023, cette enquête a permis de collecter de l'information auprès d'un échantillon de plus de 15 000 patients représentatifs des patients de 45 ans ou plus, ayant déclaré un médecin traitant, et l'ayant consulté au moins une fois au cours des six derniers mois. Les indicateurs utilisés sont appelés PREMs pour l'expérience des soins par le patient (Patient-Reported Experience Measures) et PROMs sur les résultats obtenus en termes d'état de santé (Patient-Reported Outcome Measures).

► **Pushing Back Against Private Practice: The Unintended Effects of Paying Public Doctors More**

GRUBER, J., MAS, N., VALL CASTELLO, J., *et al.*
2025

Cambridge, N.B.E.R.NBER Working Paper, 34433
<https://www.nber.org/papers/w34433>

Most nations in the world have side-by-side private and public health care systems. Policymakers worry that “dual practice” across sectors might reduce care to the public sector. This concern led regions in Spain to offer “exclusivity bonuses” to physicians who practice exclusively in the public sector. We show theoretically that the impact of these bonuses on the public sector is ambiguous. We demonstrate empirically that the bonuses backfired: they did increase exclusive participation in the public sector, but significantly reduced hours of work. When regions added offsetting bonuses for dual practice, they were largely ineffective.

► **Waiting time interpretations: Complexity and consequences for radiotherapy delays**

GURJAR, M., LINDBERG, J. ET OLSSON, C.
2025

Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5936074

Background and purpose: Escalating waiting times in radiotherapy (RT) is a reoccurring problem, but delays are reported in multiple ways making it difficult to compare numbers internationally and locally. The purpose of this study is to increase the understanding of how different waiting time definitions impact delay calculations for various-sized RT departments with multiple diagnosis profiles. Materials and methods: We used recent 12-month scheduling data from a large Swedish RT department and compared diagnosis-specific delay distributions. Waiting time was quantified using referral and two preferred start dates (first and second). Delay was defined as total days exceeding the respective reference date. A descriptive approach was employed to illustrate diagnosis effects by waiting time definitions. We also included national data to incorporate perspectives from other RT departments. The scheduling data included 4172 patients. With referral as reference, there was a median delay of 30 days across all patient groups. For the first preferred date, the average delay was 12 days, 3801 (91%) of patients started after this date. For the second preferred date, the average delay was 7 days, 1566 (38%) patients started after this date. Delays varied depending on diagnosis and booking category. National data showed that out of 14 departments, five used the referral date and eight departments used preferred dates. Overall, comparisons suggest focusing on -preferred start dates for a better understanding of patient timelines. Referral to RT start as a definition could still be useful for patients with no other procedures before RT.

► **Global Need and Importance of Physiotherapy in 2026: An Evidence-Based Analysis of Rehabilitation as a Universal Health Priority**

MUTHUKRISHNAN, P. ET DURAI, R.
2026

Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5997694

Background: Physiotherapy represents an essential yet critically underutilized component of global health-care systems, addressing the unprecedented burden of musculoskeletal disorders, noncommunicable diseases, and functional limitations affecting billions worldwide. The World Health Organization's Rehabilitation 2030 initiative has established rehabilitation as a core global health priority, yet vast disparities persist in access, workforce capacity, and integration into health sys-

tems across regions. Objective: This comprehensive evidence-based analysis examines the epidemiological need for physiotherapy services globally in 2026, quantifies the burden of conditions amenable to physiotherapy intervention, characterizes current workforce shortages and accessibility barriers, and synthesizes evidence demonstrating the clinical effectiveness and economic impact of physiotherapy within contemporary healthcare systems. Methods: Systematic review of peer-reviewed literature, WHO reports, global health surveillance data, and health economics studies published 2020-2025 addressing physiotherapy need, effectiveness, workforce analysis, and economic impact. Key Findings: Globally, 2.41 billion people have health conditions requiring rehabilitation services, with musculoskeletal conditions representing 1.71 billion cases. Low-and middle-income countries experience critical shortages, with fewer than 10 skilled physiotherapy professionals per million population in many settings compared to 100-300 per million in high-income nations. Physiotherapy demonstrates equivalent or superior effectiveness to pharmacological and surgical interventions for common conditions including chronic low back pain, osteoarthritis, and post-surgical rehabilitation, with sustained long-term benefits and improved patient adherence. The global physiotherapy market is projected to expand from \$45 billion (2022) to \$115 billion (2032), yet economic analysis demonstrates that physiotherapy investment generates 10-fold greater healthcare cost savings through prevention and surgical delay, totaling \$123 billion in annual economic benefit by 2032. Evidence indicates physiotherapy reduces hospital admissions, accelerates functional recovery, enhances quality of life, and decreases medication dependency, particularly in vulnerable populations including elderly, disabled, and economically disadvantaged individuals. Conclusion: Physiotherapy constitutes a cornerstone intervention for achieving universal health coverage, reducing disability burden, and optimizing population health in the 21st century. Urgent action is required to expand physiotherapy workforce capacity, integrate services into primary care, establish equitable financing mechanisms, and prioritize physiotherapy in health policy globally to address the substantial and growing unmet rehabilitation need.

► **Healthcare Policy Spillovers: Impact on Nurse Practitioners and Health Outcomes in North Carolina**

SHAKYA, S., MORGAN, O.A., OROZCO, E., *et al.*
2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6064866

We investigate the plausible causal impact of state policies, emphasizing spillover effects from neighboring states, using North Carolina as a case study. We focus on nurse practitioners and leverage North Carolina's adjacent state Virginia's 2018 adoption of full practice authority as a natural experiment. We implement four approaches: (1) comparative workforce analysis between North Carolina and neighboring states; (2) exploiting Virginia's policy change to examine differences between border and interior counties in North Carolina; (3) contextualizing effects through county-level health outcomes; and (4) examining economic impacts based on the dollar value in terms of direct and indirect income, tax revenue, and employment in North Carolina using input-output analysis (IMPLAN). We find that counties bordering Virginia experienced greater nurse practitioner outflows and worse health outcomes following the policy change, indicating significant cross-border spillover effects. Our findings contribute to the healthcare policy literature by highlighting the regional implications of state-level regulatory changes. These findings highlight the need for state policymakers to consider cross-border spillover effects when designing healthcare workforce regulations, particularly for states with restrictive scope-of-practice laws.

► **Information Asymmetrns in Physician Selection: An Eye-Tracking and Discrete Choice Experiment Study**

XU, B., YIDILISI, P. ET REHEMAN, W.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5906313

Background: Information asymmetry between physicians and patients shapes healthcare decision-making. Online platforms provide quality signals through credentials, reviews, and satisfaction metrics, yet how physicians versus patients process these signals remains poorly understood. Objective: This study

examines how patients and physicians respond to medical service quality signals when selecting doctors, combining stated preferences with objective visual attention data. Methods: We conducted two discrete choice experiments with eye-tracking in Nanjing, China (March 2024). Experiment 1 involved 54 participants (31 patients, 23 healthcare professionals) evaluating physicians based on four visual signals: reputation badges, treatment effectiveness, service attitude, and peer recommendations. Experiment 2 examined 31 patients' responses to visual and textual information combinations. Probit models analyzed relationships between attention and choices. Results: Patients' stated preferences diverged from visual attention. While patients rated treatment effectiveness most important (mean 4.52/5.0), eye-tracking

revealed longest fixation on peer recommendations (2.89 vs 2.67 seconds; $P=.04$). Healthcare professionals focused more on treatment effectiveness (3.12 vs 2.67 seconds; $P=.049$). Peer recommendations showed the strongest attention-dependent effect ($=0.341$, $P=.001$). Visual signals increased textual information attention by 18.5% ($P=.002$) without reducing decision time ($P=.38$). Conclusions: Substantial discrepancies exist between patients' stated preferences and actual information-seeking behavior. Physicians and patients process quality signals differently, with patients showing attention-preference misalignment for technical metrics. Visual indicators increase information processing depth rather than serving as shortcuts. Online health platforms should account for unconscious attention patterns alongside stated preferences.

Systèmes de santé

Health Systems

► Learning through national Health System Performance Assessment (HSPA) : Emerging findings from OECD countries

DEDET, G., KALLAS, K.A. ET BRYNDOVA, L.
2026

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/learning-through-national-health-system-performance-assessment-hspa_2fa1314a-en/full-report.html

Health systems across OECD countries generate vast amounts of data, yet many struggle to translate this into actionable insights for policy. Health System Performance Assessment (HSPA) frameworks help bridge this gap by systematically evaluating how health systems meet people's needs, allocate resources, and achieve policy goals. This policy paper synthesises cross country experience from 11 OECD Member countries to identify how national HSPA frameworks are structured and governed, the factors shaping policy use, and emerging measurement domains. Countries increasingly use HSPA for performance monitoring, accountability, and decision making, adapting implementation to national contexts while adopting shared principles. The paper highlights three conditions supporting successful implementation: robust health data infrastructure, strong stakeholder engagement, and

alignment with broader policy priorities. Building on decades of leadership in HSPA, the OECD renewed its framework in 2024 to guide further development of internationally comparable measurement and provides country specific support to strengthen capacity for evidence-based health system improvement.

► Can development assistance for health mutually benefit donors and recipient countries?

GAVIN, Y., IPCHITA, B. ET OSONDU, O.
2025

Kiel, Kiel Institute for the World Economy*

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/333886/1/1944913734.pdf>

The year 2000 marked the start of a period of sustained growth in the amount of annual health aid, but that era is now over. This year, several donors made large cuts in their official development assistance (ODA) for health, accompanied by other shocks to the global health system. While the impact of these aid cuts on public health in recipient countries has received widespread political, advocacy, and media attention, much less attention has been paid to how these declines could affect donors. This lack of attention is probably because there

has been surprisingly little empirical research on the benefits of health ODA to donors, so the benefits are poorly understood. In this paper, we therefore set out to examine the research evidence on the impact of health ODA on both recipients and donors. We use the term “mutual interest health ODA” to denote health ODA that has benefits for both recipients and donors. We found evidence that health ODA could mutually benefit recipients and donors and categorized these benefits into (i) health benefits and health-related economic benefits; (ii) economic benefits unrelated to health; and (iii) political benefits. While there is an important ongoing role for health ODA, the rapid changes in global health assistance—including the sharp decline in funding levels—is sparking important discussions about what this role should be and how health ODA should best be targeted. Our review of what the empirical evidence shows on mutual interest health ODA could help to inform these discussions, assisting donor governments in quantifying the value of their health aid investments and helping to shape health aid portfolios in an era of rising fiscal pressures.

► **The Long-Term Impact of Healthcare Access Structures**

YU, S.T.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5901823

Access to specialist care varies systematically across healthcare systems. Some countries allow patients to consult specialists directly, while others require referrals through primary care. Although these access pathways are designed to manage costs, coordinate care, or preserve choice, their long-term health implications remain poorly understood. Here I develop a theoretical model that incorporates system-level feedback, treatment delay, and behavioral avoidance to examine how direct versus referral-based systems structure population health trajectories and survival. Results show that even modest differences in access design generate meaningful divergence in health outcomes. Direct-access systems yield slightly higher health and lifespan under low congestion but are highly sensitive to system load, with performance declining steeply as patient demand rises. Referral-based systems maintain greater robustness to congestion and outperform when direct systems become overloaded. However, when behavioral avoidance is introduced, where patients forgo care after initial primary care barriers, population health deteriorates rapidly, even with modest avoidance rates. These findings suggest that small structural features, including delay sensitivity and avoidance behavior, can compound over the life course to produce large disparities in health system performance.

Travail et santé

Occupational Health

► **Reintegrating Older Long-Term Unemployed Workers: The Impact of Temporary Job Guarantees**

AHAMMER, A., HALLA, M., HECKL, P., *et al.*

2026

Vienne, Institute of Advances Studies*

<https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/7366/>

Abstract: Long-term unemployment among older workers is particularly difficult to overcome. We study the impacts of a large-scale job guarantee program that offered up to two years of fully subsidized employment to long-term unemployed individuals aged 50 and above. Using a sharp age-based discontinuity in

eligibility, we find that participation increased regular, unsubsidized employment by 43 percentage points two years after the program ended. The gains are driven by transitions into new firms and industries, rather than continued subsidized employment, and we find no evidence of displacement effects for non-participants or spillovers to family members. The program had no measurable short-run health effects.

► **The Long Shadow of Labor Market Entry Conditions: Intergenerational Determinants of Mental Health**

DE VERA, M., GARCIA-BRAZALES, J. ET LIN, J.
2025

Bonn, I.Z.A.*

<https://docs.iza.org/dp18305.pdf>

What determines long-term mental health and its intergenerational correlation? Exploiting variation in unemployment rates upon labor market entry across Australian states and cohorts, we provide novel evidence that the mental health of daughters is affected by the labor market entry conditions of their parents. In particular, a one standard deviation shock to the unemployment rate upon parental labor market entry worsens daughters' mental health during adolescence by 11% of a standard deviation. This effect is accompanied by lower levels of satisfaction with their health, financial situation, safety, and overall life. A mediation analysis suggests that a sizable proportion (24%) of the impacts on the descendants' mental health is explained by the worse mental health of their parents at mid-life. We do not detect any systematic impact of parental labor market entry conditions among sons.

► **When the Going Gets Tough, the Tough Gets Going? Health and Self-Employment in Europe**

GARROUSTE, C., PARAPONARIS, A. ET SIRVEN, N.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5384431

Using data from the Survey of Health and Ageing in Europe (SHARE), we provide a comprehensive picture of health status changes among self-employed individuals aged 50 and older in Europe. Our findings reveal that self-employed workers enjoy better physical health compared to wage earners at younger ages, due to a selection effect, i.e. individuals who choose to become self-employed are often healthier and less prone to risk than others. However, this advantage diminishes over time, leading to poorer physical conditions at later ages. By examining the healthcare consumption patterns of the self-employed, we can distinguish two phases over the life cycle. During their careers, self-employed individuals are more likely to be hospitalized compared to salaried workers, all things being equal, indicating that they tend to delay seeking care until

it becomes absolutely necessary. Post-retirement, we observe a significant increase in medical visits among the self-employed, likely due to the reduced opportunity cost of utilizing healthcare resources.

► **Sick Pay Policies and the Socioeconomic Gradient in Health and Welfare**

GROSSMANN, V., SCHUNEMANN, J. ET STRULIK, H.
2025

Munich, CESifo. CESifo Working Paper; 12265

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5774405

Sick pay compensates for income loss during illness. However, it may distort labor supply by affecting gross wages if paid by employers and net wages if financed by social insurance contributions. We develop a dynamic general equilibrium model with endogenous, biologically founded health and aging in an education-stratified society to study how the level and financing of sick pay affect the socioeconomic health gradient, income inequality, life expectancy, and welfare. Our analysis shows that reducing the sick pay replacement rate would significantly raise distributional disparities in income and health in Germany. We also show that the individually preferred sick pay replacement rate decreases with the level of educational attainment and that most individuals prefer employer-funded sick pay over public financing.

► **The Impact of State Paid Sick Leave Mandates on Medicaid-financed Prescription Medications**

GUPTA, S., MACLEAN, J.C., RUHM, C.J., *et al.*
2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 33485

<https://www.nber.org/papers/w34485>

The United States lacks a federal paid sick leave policy. However, 18 states and the District of Columbia have adopted or announced paid sick leave employer mandates to increase access to this benefit, creating a quasi-experimental setting to study whether paid sick leave affects healthcare use. People enrolled in Medicaid are an important population to study in terms of state paid sick leave policies as the majority non-disabled enrollees are employed, but frequently work in jobs without paid sick leave. Given enrollees' lower incomes, losing earnings to receive healthcare may be a significant barrier to care. In this study, we examine

the effect of state paid sick leave policies on Medicaid-financed dispensed prescription medications. Using difference-in-differences methods that are robust to bias associated with a staggered treatment rollout, we show that Medicaid-financed dispensed prescription medications increase by 6.7% following adoption of a state paid sick leave policy. These findings suggest that state paid sick leave policies promote engagement with the healthcare system and use of healthcare services among financially constrained populations.

► **Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

Cette fiche mémo, élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS), vise à définir, repérer, prévenir et prendre en charge le syndrome d'épuisement professionnel (SEP), ou burnout. Elle s'adresse principalement aux médecins généralistes, aux médecins du travail et aux autres professionnels de santé.

► **Approche genrée de la santé et sécurité au travail en Europe**

KIEFFER, C. ET GENOT, C.
2025

Paris, Eurogip

https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2023/04/Approche_genree_de_la_SST_en_Europe_EUROGIP-203F.pdf

Plusieurs recherches confirment que les hommes et les femmes ne sont pas exposés aux mêmes risques professionnels. EUROGIP propose une note structurée en trois grandes parties sur ce sujet : Dans un premier temps, la note dresse un panorama statistique comparatif des accidents du travail et des maladies professionnelles en fonction du sexe des victimes dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie). Sur le fondement d'études européennes, sont recensées plusieurs répercussions du facteur « genre » dans le domaine de la santé au travail : biais de genre dans le processus de reconnaissance des maladies professionnelles ; surreprésentation des femmes dans le développement des troubles

musculosquelettiques liées au travail ; inégalités d'expositions, de niveau d'information et de surveillance médicale entre les hommes et les femmes ; etc. Enfin, plusieurs outils développés dans les pays européens pour intégrer le genre dans les démarches de prévention sont mis en avant. Campagnes de communication, guides, projets ou encore évolutions techniques et réglementaires constituent nombre de bonnes pratiques concrètes pour la prévention des risques professionnels, quel que soit le genre du travailleur.

► **Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs**

LEOST, H. ET SCHECHTER, F.
2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-detecter-le-risque-coordonner-les-acteurs>

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales dresse un état des lieux de la coordination entre les nombreux acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle (services de l'État, Assurance maladie, services de prévention et de santé au travail, Cap emploi...). Il analyse les avancées de la loi de 2021 et identifie les leviers pour améliorer la prévention : coopération renforcée et investissements numériques pour détecter le plus tôt possible les signaux de risques.

► **Care on the Margins: Migrant Labour Regimes and the Reproduction of Segmented Long-Term Care Work in the EU**

NDOMO, Q., NAZ KAYRAN, E., BONTENBAL, I., *et al.*
2019

Bratislava, C.E.L.S.I.*

<https://econpapers.repec.org/paper/celdpaper/74.htm>

Abstract: This article investigates how migrant labour regimes shape long-term care (LTC) work in Austria, Finland, and Slovakia, amid rising demographic pressures and EU-wide care workforce shortages. Drawing on 39 qualitative interviews with migrant care workers and stakeholders, we apply a layered theoretical framework combining labour process theory and migrant labour regime theory centred on legal dualism, transnationalism, and labour agency to analyse the lived experiences of migrant LTC work. The study reveals how migration, industrial relations,

and welfare regimes interact with labour agency to produce segmented and structurally marginal care roles for migrants. Despite divergent pathways into LTC including circular self-employment in Austria, education-based integration in Finland, and informal agency recruitment in Slovakia, all three regimes converge in their reliance on precarious, undervalued migrant labour. Migrant workers navigate these conditions through individualised strategies of resilience and reworking, with limited access to collective representation. Our findings highlight the emergence of niche migrant labour regimes that sustain care provision while reinforcing exclusion from core labour protections. The article contributes to industrial relations scholarship by theorising migrant LTC work as a labour process shaped by legal differentiation, constrained agency, and multi-scalar governance, raising critical questions about equity and sustainability in European care systems.

► **Parcours professionnels et santé au travail**

VOLKOFF, S. ET GAUDART, C.

2025

Questions de santé publique(52)

https://iresp.net/wp-content/uploads/2025/12/WEB_QSP52_IReSP_52_2025052.pdf

Les débats sociaux en santé au travail, les règles de

prévention, les outils de suivi, ont été longtemps polarisés sur les accidents du travail et maladies professionnelles. Au fil des années, des préoccupations sanitaires renforcées ont élargi ce champ, accompagnées en cela par des politiques publiques, ainsi que par la poursuite et la diffusion de nombreuses enquêtes statistiques et recherches scientifiques dans des disciplines diverses. Dans ce numéro, les auteur·es examinent de façon synthétique ce que ces connaissances permettent de mieux comprendre. Ils en adoptent une approche large : la notion de santé ne se limite pas ici à la « non-maladie » ; les dimensions temporelles prises en compte intègrent les parcours professionnels dans leur ensemble et les évolutions des conditions de travail à long terme ; les relations étudiées relèvent à la fois de processus d'altération et de construction de la santé au travail. Le texte reprend, dans cette perspective, un ensemble de recherches portant sur les « traces » des contraintes et nuisances du travail sur la santé à plus ou moins long terme. Il analyse ensuite la tendance à l'intensification du travail, caractérisée par des formes multiples de pression sur les temps, et qui constitue un facteur d'individualisation des enjeux pour la santé. Ils indiquent enfin qu'une alternative au « modèle de la hâte », prédominant ces dernières années, peut prendre appui sur la thématique du « travail soutenable », mise en avant dans plusieurs courants de recherche et propice à un renouvellement des politiques de prévention.

Vieillessement

Ageing

► **Who moves where? A family ties perspective on later-life health decline and residential mobility in Finland**

AFABLE, S.D., EVANS, M., VIERBOOM, Y., *et al.*

2025

Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research*

<https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2025-037.pdf>

Health is a driver of residential mobility in later life. The literature, however, overlooks how health decline influences the residential moves of not just the older adult but also their family members, who are potential

sources of informal care. This study examines whether parental health decline is associated with parents and their adult children moving closer to each other, and whether and how this association varies by parental sociodemographic characteristics. We study Finland, one of the most rapidly ageing countries in Europe. Using a random sample of Finnish parents aged 50-83 (N = 3, 689, 953) drawn from linked administrative registers, we examine the relationship between hospital admissions and subsequent residential moves. Results show that a quarter of residential moves experienced by older parents are proximity-enhancing, and around 60% of these moves are done by adult children. However, we find that it is the parents—rather than the

children—who engage in proximity-enhancing moves following hospitalisation, highlighting the dual challenges of worsening health and residential relocation in later life. The association between hospitalisation and co-residence with a child is especially pronounced for older, lower-educated, and spouseless parents, while younger and non-homeowning parents are more likely to move closer to a child following hospitalisation.

► **Family Spillovers of Dementia**

ALTINDAG, O., GREVE, J. ET TRUSKINOVSKY, Y.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34635

<https://www.nber.org/papers/w34635>

We use population-wide administrative data from Denmark and an event-study design spanning nearly two decades to examine the impact of having a parent with dementia on adult children's labor market, physical health, and mental health outcomes. We find no meaningful effects on labor supply, earnings, or physical health care use. In contrast, mental health care use increases substantially, driven by daughters, beginning five years before a parent's dementia-related death, peaking around the time of death, and converging to the counterfactual trend over seven years. Results suggest that robust long-term care policy can largely insulate adult children economically from parental dementia, but mental health spillovers persist, spurring nearly a decade of elevated use.

► **The Costs of Long Term Care for Those with Cognitive Impairments in England**

BANKS, J., FRENCH, E. ET MCCAULEY, J.
2025

Cambridge, University of Cambridge

<https://www.econ.cam.ac.uk/sites/default/files/publication-cwpe-pdfs/cwpe2583.pdf>

This paper examines the nature of long-term care for older adults with cognitive impairments in England. Long-term care (LTC), which in England is commonly referred to as adult social care, is care that supports daily activities of living for older and disabled individuals to enhance their quality of life. This includes care services ranging from nursing home stays to home-based assistance with tasks like washing, dressing, and eating. For older people with cognitive impairment, such as dementia for example, there may be additional specialized care and support that is necessary.

This paper shows that the high care needs of older individuals is largely attributable to those with cognitive impairments: approximately half of the total care costs of the age 65+ population in England are attributable to the 8.5% of individuals with cognitive limitations.

► **Preference Heterogeneity versus Economic Incentives: What Determines the Choice to Give Care to the Elderly?**

BARCZYK, D. ET KOH, Y.K.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5738769

Family is a primary source of care, yet significant variations in care arrangements exist both across families and countries. To understand why, we develop a tractable static model in which parents and children bargain over care arrangements, accounting for both financial incentives and heterogeneous caregiving preferences. Our structural model directly implies a discrete-choice estimation equation that we implement on European data. We find that non-monetary preferences significantly shape care decisions: omitting preference heterogeneity overstates the price elasticity of formal care by a factor of 2.5. Counterfactuals show that implementing formal-care subsidies as in the most generous (low-cost) countries leads to a 38-76% increase in nursing-home uptake in the remainder of Europe; cross-country preference heterogeneity is an equally important determinant for the low-cost versus high-cost country gradient in formal-care. Our model forecasts a three- to thirteen-fold rise in future formal care demand by 2050, driven mainly by a declining ratio of adult children to elderly parents.

► **Long-Term Care Governance in China and Italy. From State-Led Pilots to Familistic Fragmentation**

BERTANI, M. ET CHEN, Y.
2025

Venice, University Ca' Foscari of Venice

https://www.unive.it/web/fileadmin/user_upload/dipartimenti/DEC/doc/Pubblicazioni_scientifiche/working_papers/2025/WP_DSE_bertani_chen_27_25.pdf

This paper comparatively analyzes the long-term care (LTC) systems in China and Italy, two countries experiencing profound demographic shifts with rap-

idly aging populations. While both nations face the common challenge of providing sustainable and adequate care for an increasing number of older adults, their regulations and policy responses diverge significantly, shaped by distinct socio-economic contexts, welfare regimes, and cultural norms. Italy, representing a Southern European welfare model, has historically relied on a fragmented system characterized by familial support, supplemented by cash-for-care benefits and a significant influx of migrant care workers. In contrast, China is in the process of constructing its LTC system, moving from a tradition of family-based care towards a state-led, multi-pillar framework that includes social insurance experiments, private sector engagement, and the integration of health and social care. This paper examines the evolution of LTC policies in both countries, analyzing the drivers behind their different strategic choices. By contrasting the Italian model of “familism by default” with China’s top-down, experimental approach, we highlight the respective strengths and weaknesses of each system. The analysis concludes that while no single model is universally applicable, a cross-national comparison offers valuable insights for policymakers grappling with the global challenge of providing sustainable and equitable long-term care in an aging world.

► Pension Reforms and Inequalities in France

BOZIO, A., TO, M. ET TREGUIER, J.
2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34576
<https://www.nber.org/papers/w34576>

This study analyzes the distributional effects of French pension reforms from 1993 to 2014 across different socioeconomic groups. Using administrative data for individuals born between 1934 and 1950, we examine the impact on social security wealth (SSW) across lifetime earnings deciles and genders. Our methodology incorporates differential life expectancy and exploits the PENSIPP model for counterfactual scenarios. Results show that reforms generally decreased SSW across all income groups, with regressive tendencies. The 1993 reform had the most significant impact, reducing SSW by over 15% for men in the lowest earnings decile compared to 5% for the highest. Subsequent reforms had milder effects. These findings contribute to understanding the long-term consequences of pension reforms on inequality and inform future policy decisions in countries facing similar demographic challenges.

► Arbitrage entre cumul et surcote : un nombre limité d’assurés, avec des profils différents

CAISSE NATIONALE D’ASSURANCE VIEILLESSE
2025

Paris, Cnav

<https://www.statistiques-recherche.lassuranceretraite.fr/arbitrage-entre-cumul-et-surcote/>

Sur les 753 500 retraités du régime général de la génération 1952 avec une date d’effet du droit propre comprise entre 2004 et 2021, 181 100, soit 24 %, sont passés par la surcote au régime général et/ou le cumul emploi-retraite en tant que salarié du privé (87 000 ont uniquement surcoté, 72 000 ont uniquement cumulé retraite et emploi salarié, et 22 100 sont passés par ces deux dispositifs). Parmi les surcoteurs, seulement 53 % auraient pu cumuler emploi et retraite, et parmi les cumulants, 27 % auraient pu surcoter à la suite de leur activité salariée du privé. Les cumulants qui auraient pu faire de la surcote sont plus souvent des femmes, entrent plus tôt sur le marché du travail, et perçoivent des salaires médians inférieurs aux surcoteurs malgré des taux d’emploi comparables. Ils connaissent davantage de périodes assimilées chômage, et les femmes en particulier sont plus souvent couvertes par l’AVPF. Les cumulants sont également plus souvent ouvriers ou employés tandis que les surcoteurs sont plus souvent cadres ou de profession intermédiaire. En conséquence, les disparités de niveau de vie pendant la carrière s’observent également à la retraite. Les pensions personnelles au régime général des cumulants sont inférieures. Ceux-ci sont plus souvent exonérés de CSG, et les femmes sont plus souvent bénéficiaires du MICO.

► Santé mentale de la personne âgée : Vers un modèle plus préventif et inclusif

CERCLE VULNÉRABILITÉS ET SOCIÉTÉ
2025

Paris, C.V.S.

<https://vulnerabilites-societe.fr/sante-mentale-de-la-personne-agee/>

La santé mentale, déclarée Grande cause nationale en octobre 2024, renouvelée en 2026, a fait l’objet en juin 2025 d’un plan gouvernemental centré sur la psychiatrie et la jeunesse. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentant, pourtant plus de 21,8 % de la population et près de 25 % dès 2030 (et 30 % à l’horizon 2050), y sont les grandes absentes. C’est un angle mort inquiétant : l’allongement de la vie est un succès collec-

tif, mais il s'accompagne d'une fragilisation psychique et relationnelle silencieuse, souvent mal repérée, parfois confondue avec le « cours normal » du vieillissement. Sa non prise en compte peut à ce titre engendrer trois fractures explosives : une fracture humaine, quand les existences se replient ou s'effondrent ; une fracture sociale, quand les familles et les quartiers se désagrègent ; une fracture économique, quand la perte d'autonomie psychique entraîne désorganisation.

► **Community wealth protects cognitive health for older adults**

CONNOR, D.S., SHEEHAN, C., JANG, J., *et al.*
2025

Londres, L.S.E. (London School of Economics)*
<https://eprints.lse.ac.uk/130328/>

Using a new database on the net worth and self-reported cognitive impairment for almost two million adults, this paper provides the first large-scale evidence linking community wealth to age-related cognitive decline. This assessment is timely as widening geographic wealth gaps in the USA fuel disparities in access to public goods and amenities, positioning community wealth as a critical determinant of cognitive health. Conditioning on personal wealth and other risk factors, we find that a standard deviation increase in community wealth is associated with a 6.7% relative risk reduction in cognitive impairment across the national population of older adults, rising to 13.7% for those residing in the poorest fifth of communities. Community wealth matters more than relative inequality, and its associated protective effects are larger for non-white, non-college educated, and low net worth householders. This is plausibly because these individuals rely more on the public goods and services underwritten by local affluence. The economic fragmentation of American communities thus poses a growing threat to the cognitive health of Americans, especially among those from socially vulnerable and marginalized backgrounds.

► **Can Healthy Aging Boost Labor Supply? Evidence from Korea**

GRUSS, B., HUANG, E., LAGERBORG, A., *et al.*
2025

Washington, Fonds Monétaire International
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5961276

This paper examines the role of 'healthy aging' in boosting labor supply in Korea. First, we use microdata from surveys to assess whether there is evidence that the physical abilities of individuals aged 50 years and above have been improving over successive cohorts. Second, we investigate whether health improvements among older workers influence their labor market outcomes, such as the decision to supply labor or to retire. We use an instrumental variable approach to enable causal inference, proxying exogenous variations in health with the incidence of certain chronic diseases. Our findings reveal that (i) physical health indicators have improved on average across birth cohorts, providing evidence in favor of 'healthy aging' in Korea, and (ii) better health increases the probability of participating in the labor force and postponing retirement. Overall, our results suggest that healthy aging has increased the labor supply of older individuals in Korea by around 1.9 percentage points per year during the 2006-20 period. The results for Korea are qualitatively comparable but quantitatively somewhat stronger than those for comparator Asian countries.

► **Social Security and Inequality in Belgium**

KLINGES, G., JOUSTEN, A. ET LEFEBVRE, M.
2025

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34579
<https://www.nber.org/papers/w34579>

Over the years, the Belgian social security system has undergone substantial reform with a prime focus on increasing older worker labor force participation. The paper explores the effect of past reforms on inequality in old age. We distinguish two separate effects: The mechanical effect considers the change in inequality and expected benefit levels due to the reforms for a fixed retirement age distribution. The behavioral effect accounts for the endogenous change caused by changes in the incentives to work. Our results show that mechanically, reforms have led to losses in expected benefits for all but the lowest income quintile. Behavioral changes had a positive but orders of magnitude smaller effect. Overall, inequality decreased as a result of reforms.

► **Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050**

LOUVEL, A.

2026

Études et résultats (Drees) (1365)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260205-soutien-autonomie-personnes-agees>.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude à partir des données du modèle Lieux de vie et autonomie (livia) rendues publiques en décembre 2025. Ces données permettent de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus jusqu'à 2070. Elles sont ventilées par département, sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et trois lieux de vie (Ehpad, résidence autonomie et logement ordinaire).

► **Panorama des pensions 2025 : France**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2025/11/pensions-at-a-glance-2025-country-notes_e320013d/france_3b5d5fcb/334f8035-fr.pdf

Cette note présente une comparaison entre la France et les autres pays de l'OCDE dans le rapport du Panorama des pensions 2025. Cette édition couvre les récentes réformes des retraites et met l'accent sur les écarts de niveaux de pension entre les femmes et les hommes.

► **Panorama des pensions 2025 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-des-pensions-2025_58bd74b1-fr.html

L'édition 2025 du Panorama des pensions met en lumière les réformes des retraites engagées par les pays de l'OCDE au cours des deux dernières années. Elle comprend un chapitre spécial sur les écarts de pension entre les femmes et les hommes. Ce chapitre

présente l'évolution récente et prévue des pensions des femmes par rapport à celles des hommes dans les pays de l'OCDE, analyse les principaux déterminants des écarts de pension entre les genres. Il passe en revue les règles relatives aux retraites qui ont une incidence directe ou indirecte sur ces écarts ainsi que sur les disparités entre les genres dans le cadre des dispositifs de retraite adossés à des actifs. Les implications pour l'action des pouvoirs publics sont ensuite examinées. Cette édition fournit également des informations actualisées sur les principales caractéristiques des systèmes de retraite dans les pays de l'OCDE et du G20 et présente des projections sur les revenus de retraite des travailleurs d'aujourd'hui. Elle propose des indicateurs concernant l'architecture des systèmes de retraite, les droits à la retraite, le contexte démographique et économique dans lequel s'inscrivent les systèmes de retraite. Les indicateurs portent aussi sur les revenus et le risque de pauvreté chez les personnes âgées, le financement des systèmes de retraite et les pensions privées. Ce rapport est accompagné d'une note qui présente une comparaison entre la France et les autres pays de l'OCDE. Elle préconise notamment une augmentation de l'âge effectif de la retraite et constate des écarts de pension entre femmes et hommes très élevés.

► **Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2025

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/towards-a-structured-and-systemic-integration-of-home-care-for-the-non-self-sufficient-in-italy_a204ba8c-en.html

The complexity of the needs of people requiring home care and the problems faced by their carers call for a co-ordinated, person-centred and long-term sustainable approach that overcomes the traditional divisions between the health and social sectors. The main objectives of this report are to understand the challenges and potential associated with the integration of home care services for people who are not self-sufficient, and to promote progress in policies for the integration of health and social care. The report adopts a multidisciplinary approach to explore the main dynamics of the sectors, identify good practices in Italy and abroad, and highlight key innovations and areas for improvement. Particular attention is paid to the regional and local

dimension, given the increasing decentralisation of Italy's healthcare system over the past two decades. The analysis combines a review of existing policies and practices with an analysis of national and international data, complemented by new and unpublished data from two OECD surveys, one covering Italian regions and autonomous provinces, and the other 14 local areas. Comparative experiences from other OECD countries provide further insights into different models of social and health integration and the lessons they may offer for Italy.

► **Ehpad : comment améliorer la qualité des soins ?**

PENNEAU, A.

2026

Paris, Irdes

<https://www.irdes.fr/podcasts/07-ehpad-comment-ameliorer-la-qualite-des-soins.mp3>.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) jouent un rôle majeur dans la qualité de l'accompagnement des personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie. Ils accompagnent plus de 600 000 personnes, dont 200 000 nouveaux résidents chaque année. Depuis quelque temps, on parle néanmoins de « crise de qualité » dans le secteur, les scandales ayant dégradé l'image de ces établissements. Les Ehpad, tant du point de vue de leur organisation que de leur financement, permettent-ils de répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des personnes accueillies ? Anne Penneau, économiste à l'Irdes, est interrogée sur cette question d'actualité. Elle a publié plusieurs travaux interrogeant la qualité des soins en Ehpad, dont le dernier en date, co-écrit avec Sylvain Pichetti, Marc Perronnin, et Blandine Juillard-Condat, porte sur l'impact de l'entrée en Ehpad sur la prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines.

► **Health economic consequences of interventions for undetected visual impairment in older adults**

SHREDRAWY, J., OLOFSSON, S., PERSSON, S., *et al.*

2025

Lund, I.H.E. (Swedish Institute for Health Economics)

https://econpapers.repec.org/paper/hhsihewps/2025_5f017.htm

Ageing populations pose increasing demands on

health and social care systems, and changes in sensory function are among the most influential factors shaping these needs. Many older adults experience gradual declines in vision that go unrecognised, despite their substantial impact on safety, independence, and overall well-being. Undetected difficulties of this kind often lead to higher use of both formal and informal care and contribute to preventable injuries—particularly falls—that impose considerable costs on individuals, families, and society. Advances in screening methods and digital diagnostics now make it possible to identify vision related problems earlier and more efficiently. Integrating such assessments into routine care for older adults offers an opportunity to reduce avoidable injuries, support safe ageing at home, and ensure that care resources are deployed where they generate the greatest value. For policymakers, understanding not only clinical outcomes but also the economic implications— including fall-related costs and caregiving needs—is essential for planning sustainable services in an ageing society. The purpose of this report is to provide evidence to inform such decisions. Drawing on data from Sweden and Denmark, the report examines the feasibility, resource requirements, and potential societal impact of structured vision screening for individuals aged 75 and over. By linking screening outcomes to cost components such as informal care and injury-related healthcare use, the analysis offers a foundation for future Evaluations of cost- effectiveness and for guiding policy discussions on preventive strategies for an ageing population.

► **Research to Improve the Quality, Impact, and Value of Home and Community-Based Services**

SIMS SPEYER, J.M., NE'EMAN, A., COE, N.B., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper; 34701

<https://www.nber.org/papers/w34701>

Nearly eight million Americans use Medicaid home and community-based services (HCBS) to support long-term services and supports for people with disabilities. Recent legislative changes to Medicaid will require states to make difficult choices about how best to meet these long-term services and supports needs. This paper first characterizes the unique goals of HCBS, which differ from those of traditional medical care services, and the state-federal financing and administrative structure of HCBS. Next, based on a review of the literature and input from a panel of experts in HCBS

policy and research, we summarize existing evidence and knowledge gaps regarding the quality and cost implications of HCBS at the federal, state, and direct service provision levels. Based on gaps in the evidence, we propose a research agenda related to state-federal incentives, state program choices regarding HCBS financing and delivery models, and the settings and supports for direct service provision. Finally, we describe existing and novel data sources and other opportunities that could accelerate research to fill these evidence gaps and support states and others in designing, implementing, and delivering sustainable, high-quality HCBS.

► **Trois aidants sur dix accompagnent seuls leur proche, six sur dix sont en activité ou étudiants**

VERHAGEN, A.L.

2025

Études et résultats (Drees) (1358)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/251217-ER-Études-et-resultats/proches-aidants>

En 2022, 7,1 millions de personnes, soit 11 % de la population âgée de 5 ans ou plus, soutiennent un parent, un conjoint, un enfant ou un ami en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Index des auteurs Author index

A

Abassi, E.....	32
Adelaide, L.....	17
Afable, S.D.	45
Agence nationale de sécurité sanitaire.....	18
Ahammer, A.....	42
Altindag, O.....	46
Andres, R.....	24
Ankravs, J.....	22
Assamidnov, A.	20
Athari, E.....	32
Aubain, L.....	36
Ayabakan, S.	14

B

Banks, J.....	46
Bara, W.....	24
Barczyk, D.....	46
Bennett, M.....	26
Berchet, C.....	29
Bergeron-Boucher, M.P.....	28
Berhuet, S.....	37
Berman, J.....	14
Bertani, M.....	46
Berta, P.....	12
Bhattacharya, T.	14
Bietenbeck, J.....	33
Bingley, P.....	24
Blanchflower, D.G.....	35
Blanpain, N.....	25
Blasco, J.....	32
Bloomfield, A.	14
Bonnet, C.....	35
Bonnet, O.....	15
Bontenbal, I.....	44
Bouckaert, N.	21
Bowers, L.....	29
Boyer, A.....	32
Bozio, A.....	47
Bringer, J.....	30
Broadhurts, K.....	33
Brown, A.E.	21
Brugiavini, A.	25

Bryndova, L.....	41
Bryson, A.....	35
Buia, R.E.	25
Bundy, A.....	21
Burone, S.....	28
Burstin, A.....	31

C

Cadillac, M.	36
Caisse nationale d'Assurance vieillesse	47
Caisse nationale de l'Assurance maladie.....	27
Cao, J.....	21
Capraro, V.....	13
Carroni, E.....	38
Cercle Vulnérabilités et Société	47
Chakraborty, T.....	14
Champeyrache, C.	18
Chen, Y.....	46
Cherbonnet, C.	35
Chia, S.....	21
Chowdhury, A.....	25
Churiki, T.....	19
Coe, N.B.....	50
Connelly, L.B.....	34
Connor, D.S.....	48
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	15
Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés.....	36
Coote, L.V.....	23
Cour des comptes	15 , 20

D

Da Costa, S.....	28
Das, S.....	13
Dave, D.M.....	20
Decio, V.....	36
Dedet, G.....	41
Delort, L.....	21
De, P.K.....	14
Desesquelles, A.....	28
Desjonqueres, A.....	15

Dessajan, S.....	37
De Vera, M.	43
De Williencourt, C.	15
Dherbecourt, C.	16 , 32
Didier, M.....	16 , 32
Direction de la Sécurité sociale	16
Donnadieu, H.	18
Dubre-Chirat, N.	20
Dugrand, C.....	35
Durai, R.....	39

E

Ehlert, A.....	38
Elefant, E.....	30
Esper, C.....	30
Evans, M.	45

F

Finkelstein, A.	19
Fiorentini, G.....	34
Fleurbaey, M.....	28
Fournier, F.....	25
Francou, C.	18
French, E.....	46

G

Garcia-Brazales, J.....	43
Garrouste, C.	43
Gaudart, C.	45
Gavin, Y.....	41
Geleyn, D.....	38
Genot, C.....	44
Gentzkow, M.	19
Gluzman, J.	11
Gopukumar, D.	13
Goria, S.	18
Grange, D.....	19
Grasic, K.	22
Greve, J.....	46
Griffiths, L.J.	33
Grossmann, V.....	43
Gruber, J.....	39
Gruss, B.....	48
Guerriero, C.	12
Gupta, S.....	43

Gurjar, M.	39
-----------------	----

H

Halla, M.	42
Hansen, K.S.	28
Hardy, P.....	18
Hargreaves, L.....	22
Haut Conseil du financement de la protection sociale.....	16
Haute Autorité de Santé.....	44
Hazo, J.B.....	36
Heckl, P.	42
Hendrikx, P.....	31
Huang, E.	48
Huber, M.....	29

I

Institut national du cancer	30
Ipchita, B.....	41

J

Jang, J.....	48
Jouanjus, E.....	18
Jousten, A.	48

K

Kallas, K.A.....	41
Kang, M.	16
Kelly, D.....	29
Kieffer, C.	44
Klinges, G.	48
Koeva-dimitrova, L.	22
Koh, Y.K.....	46
Kumar, N.	14
Kwasniok, D.	33

L

Lagerborg, A.....	48
Lefebvre, M.....	48
Lei, L.....	21
Leost, H.....	44

Levy, S.	11
Lindberg, J.	39
Lin, J.	43
Lipton, B.	20
Louvel, A.	49
Luna, E.	33
Ly Serena, B.	24

M

Maclean, J.C.	43
Maschmann, L.	33
Mas, N.	39
Maverick, A.	17
McCauley, J.	46
McColl-Kennedy, J.R.	23
Meng, X.	16
Menon, N.M.	13
Minev, M.	22
Ministère chargé de la Santé.	31
Moccia, S.	12
Moreno-Temero, J.D.	28
Morgan, O.A.	40
Motreff, Y.	36
Moutet, L.	17
Moyal, A.	37
Muthukrishnan, P.	39
Mutuelle générale de l'Education nationale.	36

N

Naouri, D.	24
Naz Kayran, E.	44
Ndomo, Q.	44
Neëman, A.	50
Nilsson, T.	33
Noguchi, H.	34

O

Oberschachtsiek, D.	38
Olofsson, S.	50
Olsson, C.	39
Organisation de coopération et de développement économiques 13 , 29 , 31 , 49	
Organisation mondiale de la santé.	11
Orozco, E.	40
Osondu, O.	41

Osterdal, L.P.	28
---------------------	----

P

Paraponaris, A.	43
Pasini, G.	25
Peano, A.	11
Peiris, C.L.	22
Penneau, A. 27 , 50	
Persson, S.	50
Petrillo, M.	26
Pham, M.	17
Pichetti, S.	27
Pignataro, G.	38
Poulon, P. 15 , 17	
Puech, L.	31

R

Rashidi, M.	34
Reheman, W.	40
Richard, J.B.	19
Riffaut, H.	37
Rodrigues, R.	26
Rolland, D.	31
Roudier, C.	18
Ruhm, C.J.	43
Russ, K.N.	16

S

Saint-Pasteur, S.	20
Savoye, I.	21
Scemama, A.	34
Schechter, F.	44
Schlenker, O.	23
Schunemann, J.	43
Sentenac, M.	36
Shakya, S.	40
Sheehan, C.	48
Shredrawy, J.	50
Siciliani, L. 22 , 38	
Sims Speyer, J.M.	50
Sirven, N.	43
Slavov, S.	14
Song, L.	21
Stoyanova, A.	24
Strulik, H.	43

T

Tabaei-Aghdaei, Z.S.	23
Tekriwal, M.	14
Thelot, H.	12
Thustrup Kreiner, C.L.	24
To, M.	47
Treguier, J.	47
Trias-Ilimos, S.	28
Truskinovsky, Y.	46

V

Vall Castello, J.	39
Vergondy, L.	21
Verhagen, A.I.	51
Vierboom, Y.	45
Vitt, H.	26
Volkoff, S.	45

W

Wanquet-Thibault, P.	37
Watanabe, Y.	34
Wen, J.	22

X

Xu, B.	40
-------------	----

Y

Yamaki, N.	19
Yidilisi, P.	40
Yu, S.T.	42

Z

Zeevaert, R.	21
Zeggar, H.	31
Zhou, Y.	11