Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Institute for Research and Information in Health Economics

Veille scientifique
en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Novembre 2026 / November 2026

Assurance maladie	*Health Insurance*
E-Santé – Technologies médicales	*E-health – Medical Technologies*
Économie de la santé	*Health Economics*
Environnement et santé	*Environmental Health*
État de santé	*Health Status*
Géographie de la santé	*Geography of Health*
Handicap	*Disability*
Hôpital	*Hospital*
Inégalités de santé	*Health Inequalities*
Méthodologie – Statistique	*Methodology - Statistics*
Politique de santé	*Health Policy*
Politique publique	*Public Policy*
Politique social	*Social Policy*
Prévention	*Prevention*
Psychiatrie	*Psychiatry*
Soins de santé primaires	*Primary Healthcare*
Systèmes de santé	*Health Systems*
Travail et santé	*Occupational Health*
Vieillissement	*Ageing*

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-Économie-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-Économie-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

Watch on Health Economics Literature

Directeur de la publication	Denis Raynaud	Publication Director
Documentalistes	Véronique Suhard Rouguiyatou Ndoye	Information specialists
Maquette & Mise en pages	Franck-S. Clérembault Damien Le Torrec	Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire
Contents

Assurance maladie
Health Insurance

11 **How Redistributive are Public Health Care Schemes? Evidence from Medicare and Medicaid in Old Age**
Arapakis, K., French, E. et McCauley, J.

11 **Rapport Charges et Produits MSA 2027**
Caisse Centrale de la mutualité sociale agricole

11 **Understanding Cross-State Variations in Medicaid Enrollment During and After the COVID-19 Pandemic**
Clemens, J., Detering, H. et Mahajan, A.

11 **Quasi-Experimental Evidence on Private Health Insurance Demand**
Duarte, F., Kadiyala, S. et Menares, D.

12 **Chiffrage de scénarios de réforme de l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire**
Fauchier-Magnan, E., Canet, A. et Charlet, A.

12 **Did the Affordable Care Act Save Lives?**
Gangopadhyaya, A., Schiman, C. et Kaestner, R.

12 **La lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'Assurance maladie**
Gauzere, M., Turblin, F., Vinquant, J.P., *et al.*

13 **Refonder l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé au service de la transformation du système de santé**
Hubert, E., Bouzou, N., Junique, S., *et al.*

13 **Where Do Patients Go? Medicaid Coverage Loss and Hospital Discharge Destinations**
Kayoon Hur, E.

13 **20 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) en 2025**
Plaindoux, M. et Reduron, V.

E-santé
E-Health

14 **Interoperability in healthcare: Towards an interconnected future**
Fellner, R., L'Heureux, Y., Kôhr, J., *et al.*

14 **AI Adoption by Human Experts: Evidence from Primary Care Physicians**
Huang, S. et Schmacker, R.

15 **Time Costs, Digital Access, and Health Capital Accumulation: Re-evaluating Colombia's Familias en Acción**
Kumar, P.

15 **A systematic review of economic evidence of artificial intelligence in healthcare**
Van Kessel, M.

Économie de la santé
Health Economics

16 **On the Cost Dynamics in Multimorbid Individuals: A Quantile Regression Analysis of Insurance Claims**
Aburto Barrera, L.I., Nicolet, A., Bagnoud, C., *et al.*

16 **Health Expenditure and Economic Impact for 111 Countries**
Addison Lauer, A.

16 **Productivity of the English National Health Service: 2022/23 update**
Castelli, A., Nazerai, A. et Podaneva, A.

17 **Assessing the macroeconomic and fiscal effects of non-communicable diseases**
Cecchini, M. et Folch, M.

17 **Income Gradients in Health-State Dependence**
De Donder, P., Lefevre, F., Leroux, M.L., *et al.*

17 **From Premiums to Taxes: Financing Strategies for Single-Payer Health Care**
Gamage, D. et Kahn, J.G.

17 **Policy or Pandemic? Explaining the Rise in Young Adults' Private Health Insurance Take-Up in Australia**
Kettlewell, N. et Gao, T.

18 **Le cumul des dépassements d'honoraires au cours d'un épisode de soins : l'exemple de l'accouchement**
Legal, R., Vincent, R. et Bonal, M.

18 **The Downside of More: Choice Overload in Health Insurance Markets**
Liu, C., Liu, J., Wei, L., *et al.*

18 **Les chiffres clés de la Sécurité sociale en 2025**
Ministère chargé de la Santé

19 **The Impact and Incidence of Supplemental Health Insurance: Evidence from Sweden**
Palme, M., Seim, D., Spinnewijn, J., *et al.*

19 **Economic evaluations of interventions for youth at risk: A critical literature review**
Paredes Ramos, F., Farieta-Barrera, A., Lefevre, M., *et al.*

19 **Do Markets Deliver? Competition and Choice in European Healthcare Markets**
Propper, C.

20 **La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome X - 2006-2025**
Rey, J.L.

20 **La sécu, une ambition perdue ? De la solidarité à la rentabilité**
Rosell, L.

20 **Les dépenses de santé en 2025 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2026**
Virely, B. et Didier, M.

Environnement et santé
Environmental Health

20 **Les changements environnementaux inquiètent, mais les pratiques quotidiennes ne sont pas guidées par l'écologie**
Battesti, C.

21 **The Effects of Long-Term Exposure to Pollution on Health**
Graff Zivin, J., Huynh, J., Justicz, T.F., *et al.*

21 **Sustainable Development Report 2026: SDG Pathways to 2030 and Mid-Century**
Lafortune, G. et Fuller, G.

21 **The Carbon and Air Pollution Footprint of NHS General Practice Appointments: Climate and Economic Co-Benefits of Digital Health in England**
Matthaios, V.N., Shantsila, E. et Collins, B.

22 **Indicateurs changement climatique et santé. Définitions et critères de sélection**
Pascal, M. et Wagner, V.

22 **De l'environnement à l'anticorps thérapeutique : nouvelles clés pour comprendre, prévenir et guérir les maladies allergiques**
Vitte, J., Klingebiel, C., Corriger, J., *et al.*

État de santé
Health Status

23 **Bien-être et santé des étudiant.es : Rapport d'analyse à partir des enquêtes Conditions de vie des étudiant.es, OVE 2023 et Bien-être et santé des étudiant.es, OVE 2024**
Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

23 **Étude des variations spatio-temporelles de l'asthme de l'enfant et de ses déterminants, en France de 2015 à 2021**
Morel, P., Goria, S., Stempfelet, M., *et al.*

23 **Panorama des cancers en France, édition 2026**
Institut National du cancer

Géographie de la santé
Geography of Health

24 **Germany's Rural Physician Admission Quota and Regional Inequality in General Practitioner Supply: A Microsimulation Study to 2040**
Bruns, D., Meier, D.H. et Thomsen, S.

24 **Small-Area Projections of the General Practitioner Workforce in Germany: Supply, Demand and Workforce Gaps**
Bruns, D., Meier, D.H., Thomsen, S.L., *et al.*

24 **A County-Level Prioritization Framework for Veteran Healthcare Access: Distance to VA Medical Centers, CBOCs and Disability Prevalence**
Jain, A.

25 **Structural determinants of new graduate nurse migration in Japan: A 17-year prefectural panel study**
Kobayashi, M.

25 **Spatial Disparities in Geographic Treatment Accessibility for Female-Specific Cancers A Nationwide Cross-Sectional Analysis of Breast, Uterine, and Ovarian Cancer across Secondary Medical Areas in Japan**
Yuki, E. et Watanabe, R.

Handicap
Disability

26 **How Disability Benefits in Early Life Affect Adult Outcomes**
Deshpande, M., Voena, A. et Weitze, J.B.

26 **Losses from a Disability: Temporal Variety and Earnings in the Long Run**
Hamermesh, D.S.

26 **Prestation de compensation du handicap : un bénéficiaire sur deux perçoit au moins 4 270 euros en 2022**
Scott, S.

Hôpital
Hospital

27 **Pay-for-performance: a lever for quality improvement in acute hospitals?**
Bouckaert, N. et Stokes, J.

27 **Mapping the Evolution of Diagnosis-Related Groups: A Global Scientometric Review and Policy Insights (1985–2025)**
Chen, M. et Wang, F.

27 **Mesure de la satisfaction et de l'expérience rapportée par les patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique : Bilan de 10 années d'enquête nationale**
Gloanec, M., Prunet, C., May-Michelangeli, L., *et al.*

28 **Recommandations pour l'organisation de la prise en charge de l'urgence vitale intra-hospitalière**
Haute Autorité de Santé

28 **abrEIGéS 2026 : Un rapport synthétique annuel sur les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2025**
Haute Autorité de Santé

28 **Analyse des déclarations d'EIGS survenus chez des patients en fin de vie**
Haute Autorité de Santé

28 **Avis HAS sur les ratios minimum soignants en obstétrique-maternité, en néonatalogie, en soins palliatifs et en psychiatrie. Note de cadrage**
Haute Autorité de Santé

29 **Quality, Selection, and Congestion: Equilibrium Hospital Outcomes During Covid-19**
Gowrisankaran, G., Marquardt, K.R. et Town, R.

29 **Hôpitaux de proximité (HPR) : des établissements de santé de premiers recours, surtout en zone rurale et pour une patientèle âgée**
Marre, M. et Salibekyan-Rosain, Z.

29 **Greater Rurality And A Wider Gap Between Medical Operating And Overall Recurrent Financial Performance In Japanese Public Hospitals: A Nationwide Cross-Sectional Study**
Sakaguchi, K., Abe, T., Heta, M., *et al.*

30 **Le déficit des hôpitaux publics diminue en 2025 mais reste à un niveau élevé – Premiers résultats sur les établissements de santé en 2025**
Salibekyan-Rosain, Z., De Champs, C., Delort, L., *et al.*

Inégalités de santé
Health Inequalities

30 **Tenir compte des origines des patients dans les données de santé**
Comité consultatif national d'éthique

30 **Accès aux droits et discriminations : quelles spécificités pour les personnes en situation de précarité ?**
Défenseur des droits

31 **Explaining the atomistic versus ecological fallacies in SES-health gradients**
Parker, W. et Spinnewijn, J.

Méthodologie-Statistique
Methodology-Statistics

31 **The Importance of Complexity in Hospital Performance: A Data Envelopment Analysis Versus Network Data Envelopment Analysis Comparison**
Afonso, G.P., Figueira, J.R. et Cunha Ferreira, D.

31 **Modeling Experience Effects from Related but Non-Identical Choice Contexts**
Bae, J., Kim, J. et Lee, T.

32 **Comparaison des résumés de passages aux urgences à l'enquête Urgences 2023 - Validation externe de la qualité des remontées systématiques d'information sur les passages aux urgences**
Courtejoie, N. et Mylonas, E.

32 **A County Level Composite Equity Index for Medicare Access Disparity Stratification**
Hassan, S.

33 **Comparing patient-reported outcome and experience measures in international health surveys**
Kendir, C., Gutierrez Vargas, I. et Larrain, N.

33 **Is the rise in long-term sickness on the UK Labour Force Survey due to proxy responses or survey mode?**
Martin, J. et Baumberg Geiger, B.

33 **The Anatomy and Evolution of Survey Error**
Meyer, B.D., Mittag, N., Wu, D., *et al.*

Politique de santé
Health Policy

34 **Legalization of Medical Assistance in Dying and Research Funding for Fatal Neurodegenerative Diseases: the Canadian Case**
Allegret-Pilot, A.

34 **Un éclairage des « sujets émergents ou en mutation » pour les politiques sanitaires et sociales**
Elbaum, M.

34 **Leadership for implementation is essential to turn health workforce ambition into reform**
Falkenbach, M., Joachim, M., Wismar, M., *et al.*

35 **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2026 - 2030**
Ministère chargé de la Santé

35 **Rapport au parlement 2026 sur les expérimentations innovantes en santé**
Ministère chargé de la Santé

35 **Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique**
Morelle, A., Pascal, A. et Saillard, M.O.

35 **The Economic Case for Pandemic Preparedness and Response: Beyond Lockdowns**
Organisation de coopération et de développement économiques

36 **La réforme des systèmes de santé**
Palier, B.

Politique publique
Public Policy

36 **The Value of Behavioral Policies**
List, J.A., Rodemeier, M., Roy, S., *et al.*

Politique sociale
Social Policy

37 **L'accès aux droits sociaux : la fin du guichet ?**
Amara, F., Delpal, B. et Saintoyant, V.

Prévention
Prevention

37 **La politique de vaccination depuis 2018 : Des avancées à conforter, une mobilisation à renforcer**
Cour des comptes

37 **Bilan de santé en école maternelle : Recommandation de bonne pratique**
Ezzahir, N., Petitprez, K., Le bail, M., *et al.*

38 **Stratégie multimodale de prévention des accidents de la vie courante des enfants de moins de 5 ans**
Haut Conseil de santé publique

38 **The Impact of Suicide Hotlines on Health: Evidence from 988 Implementation**
Hansen, B., Kannan, N. et Zhang, J.

38 **Parcours d'accompagnement préventif (PAP) et dispositif affections de longues durées (ALD) : critères médicaux d'admission-Note de cadrage**
Haute Autorité de Santé

39 **Construire un système national de prévention primordiale : Replacer la santé sous de bonnes influences**
Isaac-Sibille, C.

39 **Les politiques de prévention en santé**
Sénat

39 **Health Shocks as Drivers of Persistent Change in Health Behaviors**
StÖckel, J., Bakx, P. et Wouterse, B.

Psychiatrie
Psychiatry

39 **Psychiatrie : Depuis 2020, l'écart du recours entre les genres s'est fortement accentué chez les jeunes**
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

40 **Illbeing Among the Young in Europe: Evidence from the COME HERE Panel**
Blanchflower, D.G., Bryson, A. et Lepinteur, A.

40 **Santé mentale des femmes en période périnatale en France en 2021 : Résultats issus des enquêtes nationales ENP, ENP-DROM et Epifane**
Doncarli, A., Tebeka, S., Regnault, N., *et al.*

40 **Comprendre la santé mentale des jeunes : Revue de littérature**
Maignan, A.

40 **(Not) Talking Through Mental Health Problems: How Talk Therapy Impacts Healthcare Utilization, Health and Employment**
Prudon, R.

Soins de santé primaire
Primary Healthcare

41 **Selection into Medicine**
Alexander, D. et Schnell, M.

41 **Le temps de travail des médecins**
Auvigne, F., Slove, R. et Lafargue, L.

41 **Mission « Flash » sur les infirmiers en pratique avancée**
Bamana, A., Corneloup, J. et Dubre-Chirat, N.

41 **Le dispositif du médecin traitant**
Cour des comptes

42 **Attracting Talent to General Practice through Financial Incentives**
Cobreros, L., Sunyer, C. et Vall Castello, J.

42 **Organizing Expertise with Externalities: Evidence from Primary Care**
Dahlstrand, A., Huang, S., Le Nestour, N., *et al.*

42 **Rapport d'information du Sénat sur les praticiens à diplôme hors Union européenne**
Imbert, C., Le Houerou, A. et Sollogoub, N.

43 **The Unintended Costs of Targeted Performance Pay: Measuring Clinical Crowding-Out in Primary Care**
Kumar, P.

43 **Quantification of scenario-based alternative assumptions for the Belgian GP workforce model 2025-2045**
Lefevre, M., Bourgeois, J. et Savoye, I.

43 **Do Community Health Centers Improve Territorial Healthcare?**
Rizzo, M., Grazzini, L., Grilli, L., *et al.*

44 **Evaluating Shifts in Skill-mix in Primary Care: A Dynamic Panel Analysis of England's Additional Roles Reimbursement Scheme**
Sungurtekin Hallam, B., Dale, P. et Bloor, K.

44 **Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025**
Thomas, J.E.

44 **Changes in costs of general practice services following incentive payment reforms in Australia: An interrupted time-series analysis**
Welsh, J., Korda, R. et Saxby, K.

45 **A cross-sectional analysis of staffing, activity, and patient need in general practice in England in 2023: a retrospective cohort study**
Whitfield, E., Belokhvostova, D., Clarke, J., *et al.*

Systèmes de santé
Health Systems

46 **Choice Between Public and Private Healthcare Systems: Evidence from Veterans**
Cabral, M., Chan, D.C. et Neller, S.

46 **Rebuilding Canadian Healthcare After the Pandemic and the Population Shock**
Parsan, S.J.

46 **Strategic Report: The Healthcare System in Bulgaria — A Model for Structural Transformation, Efficiency and Sustainability**
Stoyanova, B.

Travail et santé
Occupational Health

47 **Évaluation des effets des horaires atypiques de travail - autres que le travail de nuit - sur la santé et la vie sociale et familiale : Avis de l'Anses**
Agence nationale de sécurité sanitaire

47 **Parcours de soins des personnes souffrant d'un syndrome du canal carpien en France et recours au système de reconnaissance en maladie professionnelle : Résultats issus des éditions 2020 et 2021 du Baromètre de Santé publique France**
Briere, J. et Fouquet, N.

47 **Does Stricter Disability Screening Lead to Improved Targeting on Long-term Health and Employment Outcomes?**
Campana, C., Koning, P. et Lindeboom, M.

47 **Loneliness, Mental Health and the Work-From-Home Revolution**
Cowan, B.W. et Spearing, J.M.

48 **The Labor Market Impacts of GLP-1s**
Daysal, N.M., Fredrickson, C.J.H., Kristiansen, L.L., *et al.*

48 **Quelles évolutions des conditions de travail et des risques psychosociaux depuis 2016 ?**
Girault, C.

48 **Measuring the Value of Disability Insurance from Take-Up Decisions**
Haller, A. et Staubli, S.

48 **Measuring Occupational Health Inequality in the US, 2008-Present**
Jolivet, G. et Postel-Vinay, F.

49 **The Economics of Paid Sick Leave**
Pichler, S., Prinz, C., Thewissen, S., *et al.*

49 **The Impact of the Pandemic on Health-Related Inactivity and Benefit Claims**
Portes, J., Savolainen, R. et Vallis, D.

49 **Government Involvement in a Mandated Insurance Market: The Case of Workers' Compensation Insurance**
Welch, T.Q.

Vieillissement
Ageing

50 **Mobilités professionnelles, salaires et fin de carrière**
Alais, C. et Sokhna, N.P.

50 **Does Information Influence the Choice between Social Security Disability and Early Retirement Benefits?**
Anand, P., Tran Thi, P.D. et Sita, S.

50 **Preference Heterogeneity versus Economic Incentives: What Determines Long-Term Care Arrangements in Europe?**
Barczyk, D. et Koh, Y.K.

51 **Cognitive Aging and Long-Term Care in Italy**
Brugiavini, A., Carrino, L. et Moroni, G.

51 **How to Reform US Long-term Care**
Braun, R.A. et Kopecky, K.A.

51 **CNSA : rapport annuel 2025**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

51 **Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France - Quatrième édition 2026**
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

52 **Avoiding Regulation: Evidence from Nursing Homes**
Cheng, A. et League, R.

52 **La réforme des services autonomie à domicile : Un pragmatisme nécessaire devant l'urgence démographique**
Cour des comptes

52 **Left behind: Long-term care gaps and healthcare access in later life**
Di Novi, C.

52 **Les émissions de CO2 liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées**
Dutronc-Postel, P., Roy, D. et Sukhdeo, T.

53 **Alternatives et aval des urgences : ou comment le système de sante peut-il prendre le virage du vieillissement de la population et des polypathologies**
El Beki, S., Laignel, L., Mimoz, O., *et al.*

53 **Long-Run Intergenerational Effects of Social Security**
Fetter, D.K. et Lockwood, L.M.

53 **The Supply-Side Effect of Immigration on Prices : Evidence from Nursing Homes**
Haan, P., Schmieder, J. et Wnuk-Soares, I.

54 **Understanding the incidence of long-term care costs for older people under the English charging system and previously planned reforms**
Hancock, R., Hu, B., Wittenberg, R., *et al.*

54 **Des lieux de vie et d'attentions pour aujourd'hui et demain : Une vision et un chemin pour la transformation de tous les Ehpad**
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

54 **Longévité en santé : Prévenir pour mieux vieillir**
Institut Montaigne

55 **To differentiate between the elderly and the disabled persons in long-term care or not? A comparative analysis of legal regulation in Finland, France, Germany, Japan and Spain**
Kotkas, T., Martin, P., Nagano, H., *et al.*

55 **How do countries compare in their design of long-term care provision?**
Llena-Nozal, A., Barszczewski, B. et Rauet-Tejeda, J.

55 **Un aidant à la vie quotidienne sur trois exprime un besoin de répit, non satisfait pour la moitié d'entre eux**
Marteau, B.

56 **Supplemental Medicare Insurance Coverage for Older Adults with Probable Dementia**
Mcinerney, M., Moreno, L. et Mellor, J.M.

56 **Proches aidants en Europe : un état de santé moins favorable chez les personnes consacrant davantage de temps à l'aide**
Mikou, M. et Verhagen, A.L.

56 **Analyse des déclarations d'EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**
Misrahi-Guillaume, L., Le Guen, N., Legris, C., *et al.*

56 **Garantir la qualité et l'efficience de la prise en charge de la dépendance**
Organisation de coopération et de développement économiques

57 **Severe Cognitive Impairments and Long-term Care in Germany**
Perdrix, E., Borsch-Supan, A. et Geyer, J.

57 **France 2035, France 2050 - *Focus* Démographie et société(s) : repenser les solidarités dans une France vieillissante**
Tomasini, M., Boinet, C. et Desaunettes, C.

57 **Grand âge, gestion du risque de dépendance et accumulation du capital**
Thibault, E. et Pestieau, P.

58 **Ageing in which place? Spatial analytical framework for evaluating ageing-in-place practices**
Tu, Y., Wang, Y.P., Yang, Y., *et al.*

58 **Assisted Living Facilities: Information on Federal Spending and Medicaid Coverage**
United States Government accountability Office

58 **The Pandemic's Long Shadow: Persistent Nursing Home Aversion across Sociodemographic Groups**
Zohaib, S., Achou, B., De Donder, P., *et al.*

Assurance maladie

Health Insurance

How Redistributive are Public Health Care Schemes? Evidence from Medicare and Medicaid in Old Age

ARAPAKIS, K., FRENCH, E. ET MCCAULEY, J.

2026

Cambridge, University of Cambridge Cambridge Working Paper in Economics 2677

https://www.econ.cam.ac.uk/sites/default/files/publication-cwpe-pdfs/cwpe2677.pdf

Most health care for the US population aged 65 and older is publicly funded through Medicare and Medicaid. Despite the massive expenditures of these systems, little is known about how redistributive they are. Using data from the Health and Retirement Study, matched to administrative Medicare, Medicaid, and Social Security earnings records, we estimate the distribution of lifetime Medicare and Medicaid benefits received and the distribution of lifetime taxes paid to finance these benefits. We find that benefits are greatest among the high income, largely because higher-income households live longer. Nonetheless, high income people pay more in the way of taxes. In present discounted values at age 65, households at the bottom of the income distribution gain the most from these programs, driven by high Medicaid benefits and low tax burdens. All income groups gain from these programs for the cohort we study: the lifetime tax contributions did not cover the medical benefits they received. This deficit must be paid by younger cohorts.

Rapport Charges et Produits MSA 2027

CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

2026

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

https://statistiques.msa.fr/publication/msa-charges-et-produits-2027/

Dans son rapport « Charges et Produits » pour 2027, la Mutualité sociale agricole (MSA) met en avant plusieurs fragilités sanitaires qui affectent les populations agricoles et rurales. L'organisme souligne notamment une progression du risque suicidaire en 2023 : le surrisque de suicide est supérieur de 66 % à celui observé dans l'ensemble des régimes d'Assurance maladie et atteint même 115 % chez les non-salariés agricoles âgés de 15 à 64 ans. La MSA relève également une dégradation persistante de l'accès aux soins en milieu rural, particulièrement pour les femmes. Ainsi, 56 % des agricultrices non salariées vivent dans une intercommunalité dépourvue de gynécologue libéral contre 23 % pour la population générale.

Understanding Cross-State Variations in Medicaid Enrollment During and After the COVID-19 Pandemic

CLEMENS, J., DETERING, H. ET MAHAJAN, A.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35399

https://www.nber.org/papers/w35399

The implementation and unwinding of the FFCRA's continuous coverage requirement generated historically large changes in Medicaid enrollment during the COVID-19 pandemic. Using a combination of descriptive and causal analyses, we examine the substantial cross-state differences in these changes, which remain little understood. We find that policies designed to ease unwinding frictions, as well as federal fiscal assistance to states, have little predictive power, suggesting limited roles for administrative design or liquidity constraints. Political preferences have modest predictive power during the unwinding period. Pandemic-era Medicaid expansions and more generous baseline eligibility thresholds are strongly associated with larger net enrollment gains.

Quasi-Experimental Evidence on Private Health Insurance Demand

DUARTE, F., KADIYALA, S. ET MENARES, D.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7154714

We estimate the semi-elasticity of demand for private health insurance, measuring how incumbent enrollees respond when their current plan's premium rises. To estimate the elasticity, we exploit age- and sex-based premium discontinuities generated by factor tables

using a Multiple Difference-in-Differences design. We find a switching semi-elasticity of 0.096: a 12.7% average premium increase raises the monthly switching probability by 1.2 percentage points. We also document nonlinear responses and heterogeneity by income and sex, with higher-income individuals more price sensitive than lower-income individuals and women more price sensitive than men.

Chiffrage de scénarios de réforme de l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire

FAUCHIER-MAGNAN, E., CANET, A. ET CHARLET, A.

2026

Paris, I.G.A.S. Rapport de l'Igas 2025-106R

https://www.igas.gouv.fr/assurance-maladie-obligatoire-et-complementaires-sante-un-eclairage-chiffre-sur-les-scenarios-devolution-du-financement-des-soins

Dans le prolongement du rapport « Refonder l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé au service de la transformation du système de santé » d'Elisabeth Hubert, Nicolas Bouzou, Stéphane Junique et Franck Von Lennep, l'IGF et L'igas publient des travaux d'analyses et de chiffrages de plusieurs scénarios d'évolution du partage des financements entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaires santé (AMC). Ce rapport, qui a alimenté le rapport des quatre personnalités qualifiées, ne formule pas de recommandations mais mesure l'impact de différentes options sur les dépenses publiques, les restes à charge des assurés et le niveau des primes payées auprès des complémentaires santé. Il présente également les effets redistributifs de ces scénarios.

Did the Affordable Care Act Save Lives?

GANGOPADHYAYA, A., SCHIMAN, C. ET KAESTNER, R.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35751

https://www.nber.org/papers/w35751

While recent research has provided evidence that the Medicaid expansions of the Affordable Care Act (ACA) reduced mortality, there is no evidence on the effect of the Affordable Care Act (ACA) net of the Medicaid expansions on mortality. This is an important gap in knowledge because the ACA significantly increased health insurance coverage in non-expansion states. In this article, we exploit the large increase in health insurance coverage brought forth by the ACA to examine the effect of the ACA and Medicaid expansions on mortality. Unlike prior studies that relied solely on geographic variation in Medicaid expansions to estimate the net effect of the expansion, we use a novel empirical approach that allows us to investigate the effect of the ACA net of Medicaid expansion on mortality, the incremental effect of the Medicaid expansion, and the overall effect of the ACA including Medicaid expansion. We use longitudinal data from the NHIS Linked Mortality Files (LMF) and a nationally representative sample of 40 to 58-year-olds combined with a difference-in-differences and a difference-in-differences-in-differences research design to obtain estimates of the effect of the ACA on mortality. We find no evidence that the Medicaid expansions had a beneficial effect on mortality but do find that the ACA net of Medicaid expansion reduced mortality.

La lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'Assurance maladie

GAUZERE, M., TURBLIN, F., VINQUANT, J.P., *et al.*

2025

Paris, I.G.A.S. Rapport de l'Igas 2025-049R

https://igas.gouv.fr/la-lutte-contre-la-fraude-aux-prescriptions-et-aux-facturations-lassurance-maladie-0

L'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ont conduit une revue de dépenses sur la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'Assurance maladie. Pour améliorer la lutte contre la fraude, le rapport propose plusieurs axes prioritaires. Il recommande d'opérer une bascule stratégique de l'aval vers l'amont des paiements : en accélérant l'intégration de contrôles embarqués dans le système de paiement, pour rejeter les indus avant paiement ; en se dotant d'une feuille de route pour le déploiement de l'ordonnance numérique, un outil-clé pour sécuriser la chaîne de prescription et lutter contre les fausses ordonnances. Le rapport suggère également d'optimiser les contrôles et leur ciblage en s'appuyant davantage sur les potentialités offertes par la science des données, afin d'identifier des schémas frauduleux émergents. Il propose de rééquilibrer les contrôles vers les dossiers à forts enjeux financiers, où les fraudes de professionnels de santé sont surreprésentées. Enfin, il est recommandé de renforcer la coordination entre les caisses primaires d'Assurance maladie et les parquets pour une action contentieuse plus efficace.

Refonder l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé au service de la transformation du système de santé

HUBERT, E., BOUZOU, N., JUNIQUE, S., *et al.*

2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/assurance-maladie-et-complementaires-sante-le-gouvernement-engage-les-travaux

La lettre de mission qui a abouti à ce rapport fixait plusieurs objectifs : établir un état des lieux de l'articulation entre AMO et AMC ; étudier la faisabilité et la pertinence d'évolutions de l'architecture AMO-AMC, en distinguant le cas échéant entre les ajustements de court terme et des scénarios d'évolution à moyen et long termes ; identifier des champs dans lesquels une meilleure coopération entre AMO et AMC pourrait générer des gains d'efficience, en particulier en matière de prévention, de gestion du risque, de lutte contre la fraude. Les auteurs concluent que le modèle français de couverture santé, fondé sur la combinaison de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des complémentaires santé (AMC), reste très protecteur mais fait face à un risque croissant d'insoutenabilité financière. Ils écartent les scénarios de rupture tels qu'une « Grande Sécurité sociale » ou une privatisation de l'Assurance maladie. Ils proposent plutôt une évolution pragmatique fondée sur une meilleure articulation entre l'AMO et les complémentaires, rebaptisées « organismes d'assurance santé » (Odas). Le rapport formule cinq orientations majeures : clarifier le rôle des complémentaires santé et les associer davantage aux décisions de gouvernance ; recentrer les remboursements sur les soins dont l'efficacité scientifique est démontrée et créer un « contrat essentiel » ; confier aux Odas davantage de responsabilités en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de gestion de certains risques ; mieux protéger certaines populations, notamment les retraités modestes et les salariés en matière de prévoyance.

Where Do Patients Go? Medicaid Coverage Loss and Hospital Discharge Destinations

KAYOON HUR, E.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7367162

A large literature examines how losing health insurance affects initial hospital entry, but less is known about how coverage shapes hospital discharge destination. I study this question using a 2011 Medicaid enrollment freeze in Arizona that substantially reduced Medicaid coverage among adults aged 50 to 64 hospitalized for non-deferrable conditions, more than doubling the uninsurance rate. Using administrative inpatient discharge records, I show that standard difference-indifferences estimates are confounded by differential pretrends in Arizona. Applying the trend-adjusted estimator of Lee and Wooldridge (2026), designed for repeated cross-sections with few treated and control units, I find that discharges to skilled nursing facilities fall by 15 percent and in-hospital death rises by 22 percent compared to the pre-period mean. Estimates suggest that the mortality increase is concentrated among unmarried patients, suggesting the importance of informal insurance through family against coverage loss. These findings show that the consequences of coverage loss extend into the hospital stay itself, and fall hardest on patients without alternative sources of insurance.

20 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) en 2025

PLAINDOUX, M. ET REDURON, V.

2026

Études et résultats (Drees) (1388)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/261007-dispositif-affection-de-longue-duree-ALD-en-2025

Le dispositif affection de longue durée (ALD) vise à alléger le reste à charge des patients souffrant d'affections graves et prolongées en les exonérant de ticket modérateur. Il constitue un outil majeur de la politique d'accès aux soins en France. En 2025, les bénéficiaires du dispositif d'ALD représentent 22 % des assurés de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et 67 % des dépenses de santé remboursables. Portée par le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence de certaines pathologies et le coût des traitements, la part du dispositif ALD s'accroît continuellement dans le financement des dépenses de santé. En 2025, son coût s'élève à 19,7 milliards d'euros, soit une hausse de 72 % en euros courants depuis 2015. Il représente 10,4 % de la dépense remboursable par l'AMO et 5,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Entre 2015 et 2025, le dispositif ALD représente à lui seul près de la moitié (44 %) de l'amélioration de la couverture

des dépenses de santé par les administrations. Il a ainsi contribué à augmenter le taux de financement public de la DCSi de 0,1 point par an en moyenne sur cette période. Entre 2015 et 2025, le taux de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire a augmenté de 0,2 point pour les assurés en ALD (de 89,5 % à 89,7 %), en tenant compte des franchises, des participations forfaitaires et des dépassements d'honoraires. En revanche, pour les autres assurés, ce taux de remboursement a baissé de 3,4 points (de 62,2 % à 58,9 %)

E-santé

E-Health

▶ Interoperability in healthcare: Towards an interconnected future

FELLNER, R., L'HEUREUX, Y., KÔHR, J., *et al.*

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 197

https://www.oecd.org/en/publications/interoperability-in-healthcare_eb71b7be-en.html

Interoperability in healthcare – the ability of health systems and stakeholders to securely exchange and use data – remains a longstanding yet underachieved goal in the digitalisation of health systems. This paper analyses international practices across OECD countries to support efficient, equitable, and impactful data use and sharing. Drawing on interviews, a survey, desk research, and expert consultations, the report highlights both the barriers and leading practices at the level of people, policy, processes, and technology. The paper outlines opportunities at local, regional, national, and cross-border levels of health data exchange, focusing on stakeholder engagement, individual empowerment, global governance to guide interoperability efforts, collaboration, and the need for legislative foundations. The full value of interoperability is estimated to be between 2.7% and 6.6% of health expenditure annually as per OECD country estimates. Realising it requires a shift from implementation of health information systems to meet the needs of individual facilities towards implementation within an integrated digital health ecosystem centred around the patient. This shift can enable data to follow patients across the care continuum and allow for timelier reuse of data for public benefit, with protections. While technical challenges have historically been prioritised, findings suggest that interoperability is inherently a people (e.g. governance, trust, adoption) and leadership challenge and highlights an opportunity to rethink interoperability as a driver of economic growth and healthier populations. Keys to success are the establishment of trusted health data networks and sustained investment in standards, governance, and data quality to enable scalable and meaningful health system transformation.

▶ AI Adoption by Human Experts: Evidence from Primary Care Physicians

HUANG, S. ET SCHMACKER, R.

2026

Berlin, D.I.W. DIW Berlin Discussion Paper 2158

AI can raise productivity by extracting information from rich data, yet little is known about how experts weigh AI-generated signals against established decision-support tools. We conduct a nationwide survey experiment with 372 Danish primary care physicians (21.5% of all clinics), who make diagnostic and treatment decisions on urinary tract infection vignettes before and after receiving a diagnostic signal. Holding accuracy constant, we randomize between-subjects whether the signal appears as an AI prediction or a commonly used dipstick test result. Physicians update beliefs 41% less in response to AI than to dipstick signals, consistent with AI skepticism. Roughly one-third of physicians ignore the AI tool; linked administrative data show that these non-adopters resemble adopters on a range of observables, including clinical practice and prescribing measures, except for lower baseline technology use at their clinics. When physicians use the AI tool, they ignore asymmetry in informativeness between positive and negative signals and, when shown both the AI and a redundant signal, exhibit correlation neglect. These frictions in information processing lead to increased antibiotic prescribing with the AI signal. Our findings highlight the importance of training and information design for AI implementation.

https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.1010776.de/dp2168.pdf

Time Costs, Digital Access, and Health Capital Accumulation: Re-evaluating Colombia's Familias en Acción

KUMAR, P.

2026

Rochester, S.S.R.N. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7336838

This paper develops an intergenerational health economics framework that models how conditional cash transfer (CCT) programs, combined with tele-medicine delivery platforms, alter long-run health capital accumulation, adult healthcare utilization, and health insurance regime mobility. Extending Grossman's (1972) health capital model to a dynamic twogeneration setup, we incorporate the monetary subsidies and mandatory preventive care requirements of Colombia's Familias en Acción, augmented by tele-health infrastructure that lowers parental travel and opportunity costs (t). We derive comparative statics demonstrating that integrating tele-medicine into CCT conditionalities increases optimal childhood health investments (I c *), permanently reduces the biological health capital depreciation rate (S c), and shifts future adult healthcare demand away from costly emergency room interventions toward primary and digital preventive care. We outline an empirical strategy leveraging staggered municipal rollouts of both Familias en Acción and digital tele-health connectivity (Vive Digital) across administrative health registries.

A systematic review of economic evidence of artificial intelligence in healthcare

VAN KESSEL, M.

2026

Londres, L.S.E.

https://researchonline.lse.ac.uk/id/eprint/140310/

Ambitious claims suggest AI could save $200-360 billion annually in US healthcare and €212 billion in Europe, though the empirical evidence base supporting these projections remains unclear. Objective: This systematic review seeks to synthesise the available economic evidence of AI technologies in healthcare and contextualise the available economic evidence against the broader policy expectations surrounding the economic impact of AI in healthcare. Methods: We searched MEDLINE, Embase, Global Health, PsycINFO, and Cochrane Central for scientific sources. The JBI dominance ranking matrix was used to compare and interpret the results of the included economic evaluations. Methodological quality was assessed using the JBI Critical Appraisal tool of Economic Evaluations and the CHEERS-AI reporting checklist. Results: We identified 16, 430 academic records and 1, 593 grey literature records, of which 91 records met the inclusion criteria, representing 98 unique evaluations. Of these, 36% demonstrate a clear health economic preference for the AI technology, which increased to 44% when only considering the 51 high-quality studies. AI interventions were mainly designed for healthcare providers, with ophthalmology and oncology being the most common. Conclusions: The high-quality studies show definite potential for positive cost-effectiveness and economic impact of AI technologies, though we cannot yet support the ambitious claims that AI technologies can translate to hundreds of billions in cost-savings. When combining our findings with those of randomised controlled trials evaluating AI technologies in clinical practice, it becomes evident that AI technologies frequently yield improvements in terms of clinical and economic outcomes or match the current standard of care.

Économie de la santé

Health Economics

On the Cost Dynamics in Multimorbid Individuals: A Quantile Regression Analysis of Insurance Claims

ABURTO BARRERA, L.I., NICOLET, A., BAGNOUD, C., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6276054

Multimorbidity, the co-occurrence of multiple chronic conditions, places a substantial economic burden on health systems, particularly due to increased healthcare utilization and complex cost interactions in older adults. Traditional cost models often focus on individual diseases, failing to account for the compounded effects of multimorbidity, which can lead to non-linear increases in costs. In this study, we analyze health insurance claims from 313,257 policyholders (2014-2022) to model cost variations across morbidity states, disease groups, age, and gender. We identify distinct phases based on cost patterns and apply quantile regression within a gradient boosting machine framework to estimate conditional cost distributions. Our results show a sublinear increase in median costs with advancing multimorbidity and significantly lower costs in the treatment phase compared to the initial months after diagnosis. While cancer, immune disorders, and HIV incur the highest initial monthly costs, hypertension poses the greatest total economic burden due to its high prevalence. These findings provide a more refined understanding of multimorbidity-related cost dynamics, informing actuarial reserving, pricing, resource allocation, and targeted interventions.

Health Expenditure and Economic Impact for 111 Countries

ADDISON LAUER, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7535940

Background. Decisions about health investment require evidence on health outcomes, the costs of health programmes, and all downstream outputs including potential gains in gross domestic product (GDP). This study extends to a broader country group the production framework developed in work informing the 2018 World Health Organization (WHO) Investment Case and a published 2019 ten-country analysis estimating the GDP gains resulting from reaching Universal Health Coverage. A companion paper to this one presents an audit and reassessment of the 2019 implementation. The present study addresses the question of how a common spending to-health response might change GDP across a wider set of countries.

Productivity of the English National Health Service: 2022/23 update

CASTELLI, A., NAZERAI, A. ET PODANEVA, A.

2026

York, University of York CHE Research Paper 203

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHE%20RP%20203%20Final%20July%2026%2016.56.pdf

Healthcare expenditure is one of the largest elements, and a growing proportion, of public spending. In the context of limited resources, it is essential for patients and policymakers to understand the return on investment in health care. Productivity, the ratio of output produced to input used, is therefore a key performance metric for the English NHS. In addition, measuring NHS productivity growth is an important tool for assessing future funding needs. Finally, in the aftermath of the COVID-19 pandemic, evaluating the extent to which the NHS has recovered to pre-pandemic levels of productivity is of great policy relevance. In our latest Research Paper we extend previous investigations into NHS productivity growth carried out at the University of York. Embedded in National Accounting Systems, we use an index number approach, to calculate growth in both NHS inputs, outputs and productivity. Outputs are also adjusted for the quality of care provided. Our findings indicate that NHS productivity continued to grow between 2022/23 and 2023/24: Rising by 3.00% under the indirect method and 3.25% under the mixed method.; However, when compared with 2019/20, productivity in 2023/24 is equal to -9.15% and -10.39%, respectively. NHS productivity has been steadily recovering since the 2020 Covid-19 pandemic, with this most

recent period showing a small year-on-year improvement, with increases of 1.58% (indirect method) and 0.23% (mixed method) compared to 2022/23.

Assessing the macroeconomic and fiscal effects of non-communicable diseases

CECCHINI, M. ET FOLCH, M.

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 198

https://www.oecd.org/en/publications/assessing-the-macroeconomic-and-fiscal-effects-of-non-communicable-diseases_0955beb4-en.html

Non-communicable diseases (NCDs) impose substantial costs on economies by reducing workforce participation and productivity, increasing healthcare expenditure and affecting public finances. Quantifying these costs helps policymakers assess the potential economic and fiscal gains from public health policies that reduce the burden of NCDs. The OECD has developed a framework [O1.1] that combines its OECD SPHeP NCDs microsimulation model, which projects the effects of NCDs on population health, labour market outcomes and healthcare expenditure, with the OECD long-term growth model. Previously, the framework estimated the burden of NCDs on GDP through their effects on workforce participation and productivity. This paper extends the framework by adding healthcare expenditure as a second channel through which NCDs affect GDP, capturing how resources used to treat NCDs could otherwise support investment and capital accumulation in the economy. It also broadens the analysis to assess how NCDs affect public expenditure, including healthcare, pensions and other age-related spending. Applied to four major NCDs across 49 OECD, EU and G20 countries, the enhanced framework provides a more comprehensive assessment of their burden on GDP and public finances.

Income Gradients in Health-State Dependence

DE DONDER, P., LEFEVRE, F., LEROUX, M.L., *et al.*

2026

Toulouse, T.S.E. TSE Working Paper 26-1758

https://www.tse-fr.eu/publications/working-paper/income-gradients-health-state-dependence

This paper investigates how marginal utility varies with health status (e.g. health-state dependence) while allowing this relationship to differ across income levels. Building on the existing literature, we develop a framework that quantifies the income adjustments necessary to maintain individuals' wellbeing when they become disabled. Using SHARE data, we empirically estimate how health affects the marginal utility of consumption across the income distribution for older adults in Europe. Our results show that health-state dependence is negative among low-income individuals, indicating that their marginal utility of consumption declines when their health worsens. In contrast, at the very top of the income distribution, health-state dependence is positive, implying that marginal utility of consumption rises as health deteriorates.

From Premiums to Taxes: Financing Strategies for Single-Payer Health Care

GAMAGE, D. ET KAHN, J.G.

2026

Rochester, S.S.R.N. Legal Studies Research Paper 2026-47

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7019358

Debates over financing single-payer health care reforms often isolates the required tax increases from the premiums and out-of-pocket payments those taxes would replace. This Essay evaluates the principal federal tax instruments available to fund a national single-payer system and models three integrated financing packages that vary in progressivity. Applying those packages to illustrative household profiles, we find that each can raise the required revenue while leaving most low- and middle-income households better off, especially households currently paying substantial premiums and out-of-pocket costs.

Policy or Pandemic? Explaining the Rise in Young Adults' Private Health Insurance Take-Up in Australia

KETTLEWELL, N. ET GAO, T.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18708

https://www.iza.org/publications/dp/18708

This study uses administrative data to estimate how an age-based discount policy introduced in 2019 affected the take-up of private health insurance in Australia before and during the COVID-19 pandemic. The policy provided a perpetual premium discount of 2%-10% for people who purchased insurance before age 30.

Applying a synthetic difference-in-differences model, we find that the policy had only a small and positive effect on take-up prior to the pandemic, which was a period of declining insurance membership. However, there was a significant increase in take-up in the treatment group in the period during the COVID-19 pandemic, when the overall demand for private health insurance was increasing. We explore the extent to which the larger treatment effect post-COVID is likely to be due to the discount policy, rather than other age-specific demand factors relevant to the pandemic. We conclude that the relative increase in demand among the young is predominantly driven by factors other than the discount policy.

▶ Le cumul des dépassements d'honoraires au cours d'un épisode de soins : l'exemple de l'accouchement

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

2026

Questions d'Economie de la santé (Irdes)(310)

https://www.irdes.fr/recherche/2026/qes-310-le-cumul-des-depassements-d-honoraires-au-cours-d-un-episode-de-soins-accouchement.html

En France, plus de la moitié des médecins spécialistes exercent en secteur 2 et peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Pour les patients, ces dépassements s'ajoutent au reste à charge et ne sont que partiellement couverts par les complémentaires santé. Pour mesurer concrètement l'ampleur qu'ils peuvent représenter lors d'un événement fréquent tel que l'accouchement, cette étude évalue l'ensemble des dépassements facturés autour de l'épisode de soins : des quatre derniers mois de grossesse jusqu'aux douze jours suivant la sortie de maternité. En 2021, plus d'une patiente sur deux a été confrontée à au moins un dépassement lors de son épisode d'accouchement. Lorsqu'ils existent, ces dépassements atteignent en moyenne 300 €, mais sont supérieurs à 755 € pour les 10 % de patientes les plus exposées. Les écarts selon le type de maternité sont particulièrement marqués : 9 patientes sur 10 accouchant en clinique privée paient en moyenne 540 € de dépassements au cours de leur épisode, contre 4 patientes sur 10 dans le public, où les dépassements ne peuvent intervenir qu'avant ou après le séjour (110 € en moyenne).Ces pratiques renforcent les inégalités territoriales : lorsqu'elles ne sont pas protégées par la complémentaire santé solidaire (C2S), les femmes des communes défavorisées sont plus souvent exposées à des dépassements élevés lorsque l'offre en secteur 1 dans leur département de résidence est limitée.

▶ The Downside of More: Choice Overload in Health Insurance Markets

LIU, C., LIU, J., WEI, L., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6342744

Health insurance markets often offer multiple plans, yet consumers frequently choose strictly dominated options. Using two natural experiments in China's private health insurance market, we study how choice set size affects choice quality. An insurer expanded choice menus from two to three plans and later reduced them back to two in an exogenous manner. Exploiting strictly dominated plans and a regression discontinuity design, we find that adding one option increases the probability of choosing a dominated plan by 8.4 percentage points (52%), while removing one reduces the probability by 11.0 percentage points (49%). Overall, the evidence points to choice overload rather than changes in average plan quality as the primary driver of the observed changes in consumer choice quality.

▶ Les chiffres clés de la Sécurité sociale en 2025

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2026/Chiffres-cles-DSS-2025-ed2026.pdf

Dans son édition annuelle des chiffres clés de la Sécurité sociale, la direction de la Sécurité sociale (DSS) présente un panorama d'indicateurs sur le financement et la performance du service public du régime général de Sécurité sociale pour l'année 2025. Le rapport indique que 588 milliards d'euros de recettes ont été encaissées en 2024, et 644 milliards d'euros de produits consolidés sont attendus en 2025. Les employeurs financent 47,5 % et les ménages 52,5 % des recettes, principalement *via* les cotisations sociales (56,3 %) et la CSG (20,2 %). Les dépenses sont réparties entre les branches Vieillesse (44,4 %), Maladie (38,4 %), Famille (8,6 %), Autonomie (6,1 %) et Accidents du travail-maladies professionnelles (2,5 %). En 2025, la branche Maladie reste la plus déficitaire avec un

solde de -15,9 milliards d'euros, tandis que le déficit global des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse atteint -21,6 milliards d'euros. Malgré des efforts d'amélioration du service public (délais de traitement, accueil téléphonique, performance environnementale), la Sécurité sociale fait face à des enjeux financiers importants liés à l'évolution des dépenses sociales et à la dette à amortir.

The Impact and Incidence of Supplemental Health Insurance: Evidence from Sweden

PALME, M., SEIM, D., SPINNEWIJN, J., *et al.*

2026

Londres, Centre for Economic Policy Research CEPR Discussion Paper DP21502

https://cepr.org/publications/dp21502

This paper studies the role of private supplemental health insurance (SHI) in universal healthcare systems. Linking novel microdata on SHI contracts to rich administrative data from Sweden, we document a steep income gradient in take-up: higher-income individuals are substantially more likely to enroll in SHI despite a greater healthcare need among lower-income individuals. Exploiting variation in the timing of employer-sponsored SHI, we find large and persistent increases in healthcare utilization (23 percent). The effects are even larger for low-income individuals and extend beyond specialist consultations to high-value treatments, consistent with binding rationing in public care. Focusing on cancer as a high-stakes condition, we find that SHI increases screening and diagnoses and reduces mortality. Although SHI is privately contracted, its effects materialize largely within the public healthcare system: coverage increases publicly financed utilization and reduces waiting times, generating negative fiscal and congestion externalities.

Economic evaluations of interventions for youth at risk: A critical literature review

PAREDES RAMOS, F., FARIETA-BARRERA, A., LEFEVRE, M., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7282539

In recent years, constraints on the public purse have led to greater recognition of the importance of allocating social care resources based on rigorous research and evaluation. Despite an increase in experimental and quasi-experimental research into the impact of children's social care interventions over this period, there has been little attention to the development of robust methodologies for economic evaluation. This paper reports a critical review which identified, classified, and synthesized existing economic evaluations of interventions for young people aged 15-24 years. Only 12 articles met the inclusion criteria. Two costing approaches were identified: top-down and bottom-up. Bottom-up was potentially more accurate, since the costs could be linked to participants in the interventions. The most common outcomes were costings for reductions in criminal behaviour and improvement in quality of life. However, there were no outcomes related to employment, educational attainment, or housing, even though they are monetisable.Significant methodological limitations were identified which need to be addressed in future studies. The nature of control groups needs specification beyond 'service as usual'. The process by which outcomes are monetised needs to be explicit as there was a reliance on prior research or estimates without specific adjustments for the population or context. Many studies did not include a sensitivity analysis, or lacked confidence intervals, making it difficult to quantify uncertainty. There were a range of data constraints associated with attrition, missing or partial data. Bias concerns emerged due to the impossibility of double-masked trials and because intervention teams conducted their own evaluations.

Do Markets Deliver? Competition and Choice in European Healthcare Markets

PROPPER, C.

2026

Munich, CESifo CESifo Working Paper 12852

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_12852.html

In the last two decades European policy makers have sought to increase the use of market mechanisms in the delivery of healthcare. These reforms introduce competition and choice into previously heavily constrained environments. This leads to a set of interesting economic issues that have been addressed in a range of papers, both theoretical and empirical. This paper examines whether this popular reform model has resulted in improvements in outcomes for patients and/or taxpayers. It synthesises the existing economic

analyses, highlights what is known and what is not, and signals potential next steps for economic research.

La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome X - 2006-2025

REY, J.L.

2026

Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale

https://www.vie-publique.fr/catalogue/303798-la-securite-sociale-son-histoire-travers-les-textes

Ce volume retrace les grandes évolutions de la Sécurité sociale entre 2006 et 2025, une période marquée par de profondes transformations de notre modèle social. À travers une approche claire et documentée, il revient sur les principales réformes et les enjeux qui ont façonné des domaines essentiels du quotidien : santé, retraites, famille, autonomie ou encore chômage. Rédigé par des spécialistes issus à la fois du terrain et du monde académique, cet ouvrage propose une lecture éclairante de ces vingt dernières années, en s'appuyant sur les faits et les textes. Sans prétendre à l'exhaustivité, il offre des clés de compréhension précieuses pour mieux saisir le fonctionnement actuel de la Sécurité sociale et les défis auxquels elle fait face (résumé de l'éditeur).

La sécu, une ambition perdue ? De la solidarité à la rentabilité

ROSELL, L.

2025

Paris, JC Lattès

Créée en 1945 dans un esprit humaniste, la Sécurité sociale visait à libérer les individus de l'incertitude du lendemain et à poser les bases d'une véritable démocratie sociale, dans une France pourtant dévastée par la guerre. Au fil du temps, elle s'est imposée comme une institution incontournable dans le quotidien des Français, tout en évoluant vers une logique de rentabilité, jusqu'à être aujourd'hui souvent réduite au fameux « trou de la Sécurité sociale ».

Les dépenses de santé en 2025 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2026

VIRELY, B. ET DIDIER, M.

2026

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202025_0.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie « Les dépenses de santé en 2025 ». Ce Panorama présente les comptes de la santé, retrace l'ensemble des dépenses de santé en fonction de leur financeur, en analyse les résultats en 2025, et les replace dans une perspective internationale. La publication du panorama est accompagnée de la diffusion de jeux de données qui permet d'explorer à un niveau fin les dépenses de santé par poste et par financeur.

Environnement et santé

Environmental Health

Les changements environnementaux inquiètent, mais les pratiques quotidiennes ne sont pas guidées par l'écologie

BATTESTI, C.

2026

Insee Première (2113)

https://www.insee.fr/fr/statistiques/9013289

En 2025, en France métropolitaine, une personne sur dix cite l'environnement comme premier enjeu pour le pays parmi sept propositions. La préoccupation pour l'environnement augmente avec le diplôme, le revenu et la satisfaction dans la vie. Quatre personnes sur dix se déclarent très inquiètes des effets du dérèglement climatique. Cette inquiétude est plus marquée dans les zones urbaines denses, pour les plus diplômés et pour les femmes. Pour protéger l'environnement, près de neuf personnes sur dix estiment faire autant ou plus d'efforts que les autres. Cependant, dans les pratiques

quotidiennes, les efforts ne sont pas majoritairement motivés par des raisons écologiques. Ainsi, la baisse du chauffage en hiver répond davantage à des impératifs budgétaires et la limitation de la consommation de viande à des raisons de santé ou économiques. L'usage de la voiture pour les trajets de plus de 100 kilomètres est privilégié sur les transports collectifs. Au total, les personnes les plus enclines à modifier leurs pratiques pour des raisons écologiques sont aussi les plus préoccupées par les enjeux environnementaux.

The Effects of Long-Term Exposure to Pollution on Health

GRAFF ZIVIN, J., HUYNH, J., JUSTICZ, T.F., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35871

https://www.nber.org/papers/w35871

We provide the first causal evidence on how long-term exposure to fine particulate matter (PM2.5) at contemporary ambient levels contributes to the development of chronic disease in a young, initially healthy population. Our analysis links detailed personnel records for roughly 150,000 U.S. Army soldiers to high-resolution annual measures of PM2.5. Because soldiers enter service exceptionally healthy and receive uniform access to care, new diagnoses reflect pollution's physiological impact rather than preexisting conditions or differential health care access. They are also required to relocate based on the needs of the Army, which provides us with quasi-random variation in initial duty-station assignments that we use as an instrument for average annual pollution exposure over a soldier's career. We find that sustained PM2.5 exposure substantially increases circulatory disease, particularly hypertension, with mixed evidence on respiratory conditions that are sensitive to specification. Exposure over shorter durations, by contrast, has little detectable effect, a pattern consistent with the cumulative nature of pollution's health burden. These findings demonstrate that even moderate long-term exposure to air pollution can erode health capital in ways that are invisible to studies focused on short-run variations or mortality alone, and they highlight the importance of regulatory standards that account for chronic exposure risks.

Sustainable Development Report 2026: SDG Pathways to 2030 and Mid-Century

LAFORTUNE, G. ET FULLER, G.

2026

Paris, SDSN

https://eu-dashboards.sdgindex.org/

The Europe Sustainable Development Report 2026 (ESDR 2026) provides an independent quantitative assessment of the progress of the European Union, its member states and partner countries on the SDGs. The seventh edition of the ESDR shows that progress on SDGs has stalled in Europe, with declining political prioritization of the SDGs by EU leadership. The report features a foreword by Ambassador David Donoghue and other expert contributions on SDG priorities for Europe ahead.

The Carbon and Air Pollution Footprint of NHS General Practice Appointments: Climate and Economic Co-Benefits of Digital Health in England

MATTHAIOS, V.N., SHANTSILA, E. ET COLLINS, B.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6965072

The NHS is responsible for approximately 4% of UK greenhouse gas emissions, with patient travel to general practice (GP) appointments accounting for 10% of the total NHS carbon footprint. Digital health technologies offer a potential pathway to reduce these emissions, yet comprehensive national-level evidence quantifying the climate, air quality, and economic co-benefits of replacing in-person GP consultations with virtual alternatives has been lacking. Methods: We analysed NHS Digital data on monthly GP appointments in England (September 2018–January 2025) by type (in-person, telephone, and online) and region. CO_2 and air pollutant (NO, PM2.5, PM_{10}) emissions were estimated from national emission factors and damage cost valuations. Benefit–cost ratios compared the value of quality-adjusted life years (QALYs) gained from primary care against total costs (emissions, NHS financial, and patient costs). Three future scenarios to 2045 were modelled: accelerated digital transition, continuation of 2024 volumes, and log-scale trend extrapolation. Deterministic sensitivity analysis assessed the robustness of the health economic findings. Findings: Virtual consultations generated cumulative net CO_2 savings

of approximately 767,833 tonnes nationally (range 461,000–1,075,000 in sensitivity analyses), equivalent to removing 167,000 passenger cars for one year. Online appointments increased more than ten-fold to over 2 million monthly by 2025. Cumulative NOemissions from in-person travel exceeded 3 million kg. Benefit–cost ratios were positive across all scenarios, at approximately 3.0 (range 1.9–4.8) per £1 spent (QALYs valued at £20,000) and 10.3 (range 6.7–16.7) per £1 spent (QALYs valued at £70,000). Interpretation: Scaling virtual GP consultations in England can deliver substantial climate, air quality, and economic co-benefits while maintaining positive benefit–cost ratios. Realising these gains requires addressing digital exclusion to ensure sustainability and health equity progress together. These findings support the NHS net-zero strategy and the 2025 NHS 10-Year Plan ambition for digitally enabled primary care.

▶ Indicateurs changement climatique et santé. Définitions et critères de sélection

PASCAL, M. ET WAGNER, V.

2026

Saint-Maurice, Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/cadic_files/documents/spf00006760.pdf

Le 3e Plan national d'adaptation au changement climatique vise à engager de nombreux acteurs dans une démarche systémique d'adaptation déclinée sur l'ensemble du territoire français. Des indicateurs mettant en lumière l'impact du changement climatique sur la santé de la population peuvent contribuer à cette dynamique d'adaptation, en montrant les impacts déjà observables du changement climatique sur la santé. Ce rapport décrit le cadre conceptuel, les définitions et les critères attendus pour de tels indicateurs. L'objectif des indicateurs « changement climatique et santé » est de fournir une information quantitative et synthétique, éclairant un enjeu sanitaire susceptible d'être influencé directement ou indirectement par les évolutions climatiques, ou par des politiques d'adaptation ou d'atténuation, afin d'encourager les parties prenantes à prendre en compte la santé dans les politiques d'adaptation et d'atténuation. Trois ensembles de critères clefs ont été identifiés pour qu'un indicateur réponde à cet objectif : un critère de pertinence vis-à-vis du changement climatique, des critères métrologiques, et des critères pédagogiques. Ces critères ont été retranscrits dans des grilles d'analyses, qui peuvent être utilisées pour sélectionner des indicateurs pertinents. Les indicateurs ciblés par cette méthode visent à illustrer les impacts du changement climatique sur la santé. Ils ne sont pas utilisables pour d'autres usages, par exemple évaluer l'efficacité d'une mesure d'adaptation spécifique. Ils donnent une information pour une période et un territoire donné, qui ne permet pas de préjuger des tendances à venir. Ces dernières peuvent évoluer rapidement, les évolutions climatiques n'étant pas linéaires. De plus, les expositions et leurs impacts dépendent des évolutions climatiques, mais également des mesures d'adaptation prises, et de l'évolution d'autres déterminants fondamentaux de la santé, en particulier des inégalités sociales.

▶ De l'environnement à l'anticorps thérapeutique : nouvelles clés pour comprendre, prévenir et guérir les maladies allergiques

VITTE, J., KLINGEBIEL, C., CORRIGER, J., *et al.*

2026

Questions de santé publique (53)

https://iresp.net/wp-content/uploads/2026/08/QSP_IRSP_53_2026053.pdf

Alors que les maladies allergiques progressent, ce nouveau numéro décrypte le rôle de l'environnement, du changement climatique et de la pollution, et fait le point sur les nouvelles perspectives de prise en charge, des biothérapies à l'intelligence artificielle.

État de santé

Health Status

Bien-être et santé des étudiant.es : Rapport d'analyse à partir des enquêtes Conditions de vie des étudiant.es, OVE 2023 et Bien-être et santé des étudiant.es, OVE 2024

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE

2026

Paris, (DGESIP)

https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/sante-et-bien-etre-des-etudiants-les-enseignements-des-enquetes-de-l-ove-104251

Les résultats présentés dans ce rapport mettent en évidence deux constats majeurs. Le premier concerne l'importance des difficultés de santé psychologique au sein de la population étudiante. Le second porte sur le recours aux soins et révèle des situations contrastées. Certains étudiants restent éloignés des dispositifs publics de prévention ou de soins, par méconnaissance des ressources disponibles ou des enjeux liés à leur santé. D'autres étudiants, bien qu'inscrits dans des parcours de soins, renoncent à certains accompagnements ou traitements, en raison de contraintes financières, organisationnelles ou territoriales.

Étude des variations spatio-temporelles de l'asthme de l'enfant et de ses déterminants, en France de 2015 à 2021

MOREL, P., GORIA, S., STEMPFELET, M., *et al.*

2026

Saint-Maurice, Santé Publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-liees-au-travail/asthme/enquetesÉtudes/Étude-des-variations-spatio-temporelles-de-0

L'asthme est une maladie chronique respiratoire multifactorielle, avec une composante génétique et héréditaire, dépendant de l'âge et du sexe de l'individu, mais également de facteurs externes, susceptibles de déclencher la maladie ou son exacerbation *via* les crises. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'association entre l'incidence de l'asthme traité chez les enfants et l'exposition aux facteurs de risques environnementaux incluant les bassins industriels *via* une étude de corrélation écologique géographique, à l'échelle de la commune.

Panorama des cancers en France, édition 2026

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2026

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

https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-edition-2026

L'Institut national du cancer publie la sixième édition du Panorama des cancers en France, la brochure annuelle qui rassemble les données les plus récentes sur les cancers. Elle présente les principaux indicateurs épidémiologiques, ainsi que les dernières données liées aux facteurs de risque de cancer, aux dépistages et aux soins. Des fiches synthétiques sont également proposées sur 8 localisations cancéreuses parmi les plus fréquentes ou de plus mauvais pronostic.

Géographie de la santé

Geography of Health

Germany's Rural Physician Admission Quota and Regional Inequality in General Practitioner Supply: A Microsimulation Study to 2040

BRUNS, D., MEIER, D.H. ET THOMSEN, S.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7153959

Background: Germany's rural physician admission quota (Landarztquote, RPAQ) reserves medical school places for applicants who commit to ten years of general practice in underserved areas. We examine how alternative allocation models shape its impact on regional inequality in GP supply. Methods: In this ex-ante microsimulation study, we project GP supply across the 105 GP planning areas of Lower Saxony, Germany, to 2040, drawing on complete individual-level physician-register data, official population data, and statutory needs-planning parameters. The RPAQ (60 students annually; first graduates practising from 2035) is modelled as redistribution of a fixed number of future entrants. We compare four allocation models with the baseline projection. We report the numbers of planning areas and the population below the 75% and 90% thresholds and assess regional inequality using the population-weighted Gini coefficient as the main outcome, alongside the Theil-L and Atkinson indices. Findings: Without the RPAQ, underprovision spreads: areas below the 75% threshold increase from 2 to 16 and the Gini rises from 0·068 (2025) to 0·104 (2040). All allocation models eliminate underprovision below 75% by 2040. However, inequality gains involve trade-offs: under the water-level model, more areas cluster just below 90% (52) than under fill-up (36) or baseline (43). On aggregate inequality, the water-level model performs best (Gini 0·055), followed by historical (0·078), fill-up (0·080), and equal distribution (0·087). Interpretation: The inequality impact of the RPAQ depends decisively on the allocation model. Physician admission quotas should therefore include explicit allocation mechanisms.

Small-Area Projections of the General Practitioner Workforce in Germany: Supply, Demand and Workforce Gaps

BRUNS, D., MEIER, D.H., THOMSEN, S.L., *et al.*

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18801

https://www.iza.org/de/publications/dp/18801/small-area-projections-of-the-general-practitioner-workforce-in-germany-supply-demand-and-workforce-gaps

Health workforce projections support needs-aligned and geographically equitable care by anticipating service demand, workforce supply, and regional gaps. We develop two indicators: the replacement requirement, measuring capacity needed to offset demand and workforce exits, and the projected supply ratio, assessing provision under workforce-entry scenarios. We project general practitioner (GP) care in Lower Saxony, Germany, across 105 planning areas from 2025 to 2040. By 2040, the cumulative GP replacement requirement needed to maintain the 2025 supply ratio ranges from about 50% to more than 90% of baseline capacity across planning areas and is concentrated in the next decade. Under the baseline scenario, 4,872 GP full-time equivalents (FTEs) remain in 2040 against a requirement of 5,131. The number of planning areas with a supply ratio below 75% rises from two in 2025 to 16 in 2040. Securing GP care is therefore primarily a challenge of allocation, requiring education and recruitment policies to be combined with targeted measures to improve overall supply.

A County-Level Prioritization Framework for Veteran Healthcare Access: Distance to VA Medical Centers, CBOCs and Disability Prevalence

JAIN, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7213320

Access to healthcare remains a persistent challenge for many United States veterans, particularly those residing in rural and geographically isolated communities. Although the Department of Veterans Affairs

(VA) has expanded access through legislative initiatives such as the VA MISSION Act of 2018, disparities in physical proximity to VA-operated healthcare facilities continue to affect portions of the veteran population. This study develops a county-level geospatial prioritization framework to identify areas where limited proximity to VA-operated healthcare infrastructure coincides with elevated indicators of healthcare need. Using publicly available data from NCVAS, the CDC PLACES Project, and U.S. Census Bureau geographic boundary files, the analysis integrates veteran population counts, disability prevalence estimates, and proximity to VA Medical Centers and Community-Based Outpatient Clinics (CBOC) across 3,143 U.S. counties. Counties located beyond a 40-mile geodesic radius of the nearest VA Medical Center or CBOC were classified as geographically isolated, and counties at or above the 75th percentile of adult disability prevalence were classified as high-need. The intersection of these two criteria identified 628 priority counties, containing approximately 937,225 veterans, or 5.18 percent of the national veteran population, where geographic isolation from direct VA infrastructure and elevated health burdens coexist. The findings reveal regional concentration of these counties in the Southeast and Midwest. Because the underlying facility dataset covers VA-operated Medical Centers and Community-Based Outpatient Clinics only and does not include VA Community Care Network partner providers, the framework measures isolation from direct VA infrastructure rather than isolation from VA-purchased care; full scope and interpretation are addressed in Section 7. Within that scope, the results identify a reproducible, conservative baseline for further investigation into infrastructure planning, community care expansion, and telehealth deployment.

Structural determinants of new graduate nurse migration in Japan: A 17-year prefectural panel study

KOBAYASHI, M.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7049826

Geographic maldistribution of the nursing workforce remains a major challenge for health systems. Although the expansion of baccalaureate nursing education may strengthen professional preparation, its association with the regional retention of newly graduated nurses remains unclear. Objective: To examine whether changes in nursing education, hospital employment capacity, and regional labour-market conditions were associated with the retention and inter-prefectural movement of newly graduated nurses in Japan.

Spatial Disparities in Geographic Treatment Accessibility for Female-Specific Cancers A Nationwide Cross-Sectional Analysis of Breast, Uterine, and Ovarian Cancer across Secondary Medical Areas in Japan

YUKI, E. ET WATANABE, R.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7364525

In Japan, the nationwide geographic treatment accessibility for female-specific cancers (breast, uterine, and ovarian) has not been comprehensively evaluated. This study evaluated spatial access to primary surgical treatment across all secondary medical areas (SMAs) and developed a geographic typology of access.MethodsWe integrated healthcare supply (surgical case volumes from the Diagnosis Procedure Combination database), healthcare demand (500-m population mesh data adjusted using National Database of Health Insurance Claims utilization), and road travel time into an enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) model. SMAs were classified based on the within-area median accessibility score (ASM) and Gini coefficient using Ward's hierarchical clustering method. Spatial patterns were then evaluated using Global Moran's I and Getis-Ord Gi*.ResultsOf the 335 SMAs, 332 were included in the classification after excluding three outliers (|z| >3). Treatment accessibility was highest in metropolitan areas and lowest in remote islands, peninsulas, and mountainous regions. Accessibility showed significant spatial clustering for all three cancers, most markedly for ovarian cancer. Ovarian cancer had the lowest 30-minute mesh reachability (41.9%). The lowest-accessibility tiers were further divided into a uniform ovarian-void type (primarily islands and peninsular tips) and an extreme-concentration type (primarily inland mountains). Lower-accessibility types were characterized by older and smaller populations and a greater proportion of uninhabitable land. Conclusion Geographic treatment accessibility for female-specific cancers varied markedly by cancer type and geographic setting. For

cancers requiring multidisciplinary treatment with repeated or ongoing visits, balanced centralized care with treatment accessibility is an emerging health policy challenge.

Handicap

Disability

How Disability Benefits in Early Life Affect Adult Outcomes

DESHPANDE, M., VOENA, A. ET WEITZE, J.B.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35725

https://www.nber.org/papers/w35725

We estimate the effect of receiving Supplemental Security Income (SSI) in childhood on adult outcomes using multiple sources of variation. Using variation across and within two quasi-experiments, we find that the program has heterogeneous effects that vary with the parental earnings response to SSI benefits: the program has positive effects on children when parents do not adjust their labor supply in response to SSI income (meaning household income increases), but zero or negative effects on children when parents offset the transfer by reducing earnings (meaning household income remains constant or falls). These results suggest that, relative to parent non-work time, income is crucial in the human capital production of low-income children with disabilities. We estimate a model of maternal labor supply and child human capital formation to quantify the relative importance of these channels. Our findings indicate that 1) the income effects of SSI on children's human capital are substantial, with a limited role for perverse incentive effects from conditioning benefits on disability status, and 2) parental work on net improves children's outcomes by increasing household resources, despite the potential decrease in parental time.

Losses from a Disability: Temporal Variety and Earnings in the Long Run

HAMERMESH, D.S.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35417

https://www.nber.org/papers/w35417

Using diaries covering 25-61-year-olds in the American Time Use Survey 2009-24, this study demonstrates that temporal variety—doing more different things in a day—is income superior. Linking these data to underlying Current Population Surveys, propensity-score models show that people stating that they have a mobility/physical disability in each of two consecutive annual surveys undertake almost 4 percent fewer activities per day than other, demographically identical individuals. They also earn about 50 percent less. Combining the estimated impact of income on temporal variety with the implied reductions in variety incurred by those with the disability yields a monetary equivalent of lost variety exceeding that of lost earnings. Measuring disability status only once yields much smaller estimated shortfalls in temporal variety and earnings. That suggests that one-time self-reports of disabilities, which underlie the bulk of studies on the impacts of disabilities on earnings, also underestimate long-term effects.

Prestation de compensation du handicap : un bénéficiaire sur deux perçoit au moins 4 270 euros en 2022

SCOTT, S.

2026

Études et résultats (Drees) (1390)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/261008-prestation-compensation-handicap-montant-beneficiaire-2022

Cette étude analyse le recours aux différents éléments de la prestation de compensation du handicap selon les caractéristiques des bénéficiaires. Cette prestation s'adresse aux enfants et adultes handicapés de moins de 60 ans, ainsi qu'aux personnes de 60 ans ou plus si leur handicap est apparu avant cet âge ou si elles poursuivent une activité professionnelle.

Hôpital

Hospital

Pay-for-performance: a lever for quality improvement in acute hospitals?

BOUCKAERT, N. ET STOKES, J.

2026

Bruxelles, K.C.E. KCE Report 424C

https://kce.fgov.be/en/pay-for-performance-a-lever-for-quality-improvement-in-acute-hospitals

Un système qui récompense financièrement les hôpitaux aigus lorsqu'ils atteignent certains objectifs de qualité – ce que l'on appelle le paiement à la performance ou pay-for-performance (P4P) – n'est pas automatiquement synonyme d'amélioration des soins. Ce rapport révèle que ses effets sont souvent variables, limités ou temporaires. Plutôt qu'une solution « taille unique », le P4P est un outil complémentaire qui n'est utile que dans certaines situations bien spécifiques, et devrait toujours s'inscrire dans le cadre d'une stratégie-qualité plus large.

Mapping the Evolution of Diagnosis-Related Groups: A Global Scientometric Review and Policy Insights (1985–2025)

CHEN, M. ET WANG, F.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6076379

Background Diagnosis-related groups (DRGs) represent the dominant framework for hospital payment worldwide. A synthesized, data-driven analysis of the field's intellectual evolution over the past four decades is essential to inform future policy and research. Methods This study employed scientometric methods to analyze publications from the Web of Science Core Collection (January 1, 1985–December 31, 2025). A systematic search and screening process identified relevant articles and reviews. Key metrics included publication volume, contributions by country/institution, core journals and authors, co-citation networks, keyword co-occurrence clusters (analyzed with VOSviewer and CiteSpace), and citation bursts to detect emerging topics .Results Analysis of 3867 publications revealed exponential growth in annual output after 2010. The most prolific contributors were the United States (1321 publications, 34.16%), Germany (917, 23.71%), and China (222, 5.74%). BMC Health Services Research was the most active journal, while JAMA and The New England Journal of Medicine formed the core of the co-citation network. Roeder, N. and Busse, Reinhard were pivotal authors. Thematic evolution unfolded through three sequential clusters: (1) Payment System Design & Cost Containment; (2) Implementation, Quality, & Unintended Consequences; and (3) Equity, Risk Adjustment, & Digital Innovation. Burst detection identified "bundled payment," "risk-adjustment," and "health disparities" as dominant emerging frontiers after 2020.ConclusionsThis first comprehensive 40-year review delineates the maturation of DRG scholarship from a technical health economics tool into a multidisciplinary field central to debates on healthcare quality, equity, and innovation. The findings reveal a clear policy-relevant evolution: from cost containment, to quality monitoring, and now toward equity-focused, digitally-enabled payment models. The evidence map and identified frontiers (e.g., bundled payment, risk-adjustment, health disparities) provide a foundational guide for policymakers to design next-generation, value-based payment systems that are both intelligent and equitable.

Mesure de la satisfaction et de l'expérience rapportée par les patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique : Bilan de 10 années d'enquête nationale

GLOANEC, M., PRUNET, C., MAY-MICHELANGELI, L., *et al.*

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-08/dir2/iqss_e-satis_rapport_bilan_esatis48hmco_2026.pdf

Depuis 2016, l'enquête e-Satis 48h MCO interroge de façon continue les patients hospitalisés pour un séjour de plus de 48 heures en Médecine, Chirurgie, Obstétrique dans tous les établissements de santé concernés. Entre 2016 et 2025, 10 campagnes ont été réalisées et valorisées au niveau national. Le rapport fait le bilan sur ces 10 années de recueil et sur l'évolution : De la participation des établissements de santé et des patients à cette enquête ; Des résultats obtenus par

les établissements. Il présente les freins et les leviers constatés, et les évolutions envisageables de l'enquête.

Recommandations pour l'organisation de la prise en charge de l'urgence vitale intra-hospitalière

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3961703/fr/recommandations-pour-l-organisation-de-la-prise-en-charge-de-l-urgence-vitale-intra-hospitaliere

Les urgences vitales intra-hospitalières (UVIH) correspondent à des situations aiguës mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une prise en charge immédiate. Elles peuvent survenir dans tout secteur de l'établissement de santé et restent associées à une morbi-mortalité importante, en particulier lorsque leur reconnaissance ou leur prise en charge est retardée. La réponse repose sur la reconnaissance précoce de l'urgence, le déclenchement rapide de l'alerte et la mise en œuvre sans délai des premiers gestes de réanimation, dans le cadre d'une organisation permettant l'intervention coordonnée d'une équipe spécialisée. En proposant un cadre commun, adaptable aux différents contextes d'exercice, ces recommandations visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et à réduire la morbi-mortalité associée aux défaillances vitales survenant en établissements de santé.

abrEIGéS 2026 : Un rapport synthétique annuel sur les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2025

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4391602/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2025

En 2025, 5 576 EIGS ont été déclarés par les professionnels de santé en France et transmis à la HAS, soit une hausse de 20 % par rapport à 2024. Cette progression ne signifie pas que les EIGS sont plus fréquents ; elle reflète vraisemblablement une meilleure connaissance du dispositif national de déclaration. Les déclarations reçues par la HAS proviennent principalement des établissements de santé (70 %), mais concernent également le secteur médico-social, ainsi que les prises en charge en ville (*cf.* cahier technique). Malgré cette dynamique positive, les EIGS demeurent encore très sous-déclarés (*cf.* étude ENEIS 3) et des progrès restent nécessaires.

Analyse des déclarations d'EIGS survenus chez des patients en fin de vie

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4415162/en/analyse-des-declarations-d-eigs-survenus-chez-des-patients-en-fin-de-vie

La HAS a analysé les déclarations issues de la base nationale des EIGS survenus chez des patients en fin de vie depuis la création du dispositif national, en 2017. Cette analyse permet, d'une part, de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles surviennent des évènements graves au cours d'une période marquée par des enjeux cliniques, éthiques et organisationnelles majeurs. Elle permet, d'autre part, d'identifier des défaillances potentiellement évitables, des facteurs contributifs récurrents et des leviers d'amélioration susceptibles de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge, au bénéfice des patients, de leurs proches et des professionnels.

Avis HAS sur les ratios minimum soignants en obstétrique-maternité, en néonatalogie, en soins palliatifs et en psychiatrie. Note de cadrage

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4085535/fr/avis-has-sur-les-ratios-minimum-soignants-en-neonatalogie-en-obstetrique-en-soins-palliatifs-et-en-psychiatrie-note-de-cadragestetrique.pdf

Par saisine, la HAS a été chargée par la loi du 29 janvier 2025 de proposer des ratios minimum de soignants afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Cette note de cadrage concerne prioritairement l'obstétrique-maternité, la néonatalogie, les soins palliatifs et la psychiatrie. La phase exploratoire s'appuie sur la revue de littérature scientifique, les textes réglementaires, l'étude des productions HAS existantes, l'analyse des entretiens avec les parties prenantes, ainsi que sur un recensement des effectifs soignants issus de la SAE.

Quality, Selection, and Congestion: Equilibrium Hospital Outcomes During Covid-19

GOWRISANKARAN, G., MARQUARDT, K.R. ET TOWN, R.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35426

https://www.nber.org/papers/w35426

We examine the importance of hospital quality, patient selection, and congestion in affecting equilibrium health outcomes, using Covid-19 pandemic data. Our main outcome is mortality, controlling for unobserved selection with distance instruments. Intensive care unit strain increased hospital mortality: without congestion, deaths would fall 9.6%. Patients value hospitals with high baseline quality, but their choices did not reflect capacity strain information. Equilibrium counterfactuals show that if patients were informed about capacity strain and believed quality signals were more precise, deaths would drop 3.8%. However, using more precise information but not accounting for congestion would cause Covid-19 deaths to rise 3.8%.

Hôpitaux de proximité (HPR) : des établissements de santé de premiers recours, surtout en zone rurale et pour une patientèle âgée

MARRE, M. ET SALIBEKYAN-ROSAIN, Z.

2026

Études et résultats (Drees) (1382)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-09/ER1382_H%C3%B4pitaux_proximit%C3%A9_HPR.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur les hôpitaux de proximité, leur capacité d'accueil, leur implantation sur le territoire ainsi que sur le profil des patients accueillis et de leurs médecins. Elle s'appuie sur les données issues de la statistique annuelle des établissements de santé pour l'année 2024.

Greater Rurality And A Wider Gap Between Medical Operating And Overall Recurrent Financial Performance In Japanese Public Hospitals: A Nationwide Cross-Sectional Study

SAKAGUCHI, K., ABE, T., HETA, M., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7394169

Rural public hospitals sustain essential services where limited patient volumes challenge financial sustainability. Whether rurality is differentially associated with medical operating and overall recurrent financial performance remains unclear. Methods: We conducted a nationwide cross-sectional study using fiscal year 2024 data. Of 841 eligible public hospitals in Japan, 549 directly managed hospitals with complete data were included. Rurality was measured using the modified Rurality Index for Japan (mRIJ-direct; 0–100). Outcomes were the ordinary balance ratio (overall recurrent financial performance), medical balance ratio (medical operating performance), and their difference (ordinary–medical balance gap). Multivariable linear regression adjusted for bed size, bed occupancy, and hospital type; nonlinear and sensitivity analyses were exploratory. Findings: In fully adjusted models, mRIJ-direct was not clearly associated with the ordinary balance ratio (β = 0·230 percentage points per 10-point increase; 95% CI −0·027 to 0·486; p = 0·080). Each 10-point increase was associated with a 0·818-percentage-point lower medical balance ratio (95% CI −1·163 to −0·473; p < 0·001) and a 1·048-percentage-point wider gap (95% CI 0·659 to 1·437; p < 0·001). Evidence of nonlinearity was observed for the medical balance ratio and gap, with greater divergence at higher rurality. Interpretation: Greater rurality was associated with poorer medical operating performance despite no clear deterioration in overall recurrent performance. Aggregate financial balance alone may understate operating vulnerability in highly rural hospitals. Rural hospital sustainability assessments should consider complementary financial indicators alongside geographic and structural context.

Le déficit des hôpitaux publics diminue en 2025 mais reste à un niveau élevé – Premiers résultats sur les établissements de santé en 2025

SALIBEKYAN-ROSAIN, Z., DE CHAMPS, C., DELORT, L., *et al.*

2026

Études et résultats (Drees) (1380)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/ER1380_%C3%89tablissements_sant%C3%A9_2025.pdf

En 2025, l'activité des établissements de santé a crû dans l'ensemble, mais son évolution est contrastée suivant les disciplines et le secteur juridique des structures. En court séjour, les hôpitaux publics contribuent pour les deux tiers à la hausse du nombre de séjours, qui concerne à la fois l'hospitalisation complète (avec nuitée) et l'hospitalisation partielle (sans nuitée). En moyen séjour, l'activité croît quelle que soit la forme d'hospitalisation, mais ralentit. L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) augmente très nettement. En psychiatrie, les hospitalisations à temps partiel et à temps complet diminuent. Le nombre de passages aux urgences augmente légèrement, quant à lui, de 0,8% (après +2,5% en2024). D'après de premières estimations, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,1 % de leurs recettes en 2025. Leur effort d'investissement se replie en 2025. En pourcentage des recettes, la dette des hôpitaux publics continue de diminuer. Malgré cette baisse, le rapport entre l'encours de la dette et les capitaux permanents est en hausse. Tous secteurs confondus, le nombre de salariés des établissements de santé augmente de 1,0 % en un an (après +0,7 % en 2024).

Inégalités de santé

Health Inequalities

Tenir compte des origines des patients dans les données de santé

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

2026

Paris, C.C.N.E. Avis du C.C.N.E. 151

https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/publication-de-lavis-ndeg151-du-ccne-tenir-compte-des-origines-des-patients-dans-les-donnees

À l'heure où les inégalités de santé restent fortes en France, la question de l'usage des données relatives aux origines des patients prend une place croissante dans la recherche, les politiques publiques et le soin. Dans son Avis, le C.C.N.E. examine une question centrale : comment mobiliser ces données pour mieux comprendre les inégalités de santé, sans renforcer les risques d'assignation, de stigmatisation ou de discrimination ?

Accès aux droits et discriminations : quelles spécificités pour les personnes en situation de précarité ?

DÉFENSEUR DES DROITS

2026

Paris, Défenseur des droits

https://www.defenseurdesdroits.fr/enquete-sur-lacces-aux-droits-2e-edition-volume-5-acces-aux-droits-et-discriminations-quelles-1206

L'enquête sur l'accès aux droits est une série d'études menées périodiquement par le Défenseur des droits pour dresser un état des lieux, identifier et mesurer les atteintes aux droits dans ses domaines d'intervention. Après une première édition en 2016, le Défenseur des droits renouvelle l'enquête en 2024 pour observer les évolutions. Elle se compose de 5 volets. Le cinquième et dernier, publié le 9 juillet 2026, est consacré aux spécificités des risques d'atteintes aux droits des personnes en situation de précarité.

Explaining the atomistic versus ecological fallacies in SES-health gradients

PARKER, W. ET SPINNEWIJN, J.

2026

Londres, L.S.E. (London School of Economics)

https://researchonline.lse.ac.uk/id/eprint/138666/

A large literature in economics and public health studies the relationship between socioeconomic status (SES) and health, often relying on area-based measures when individual data are unavailable. Using comprehensive Dutch administrative data, we examine how data aggregation shapes estimated income-health gradients through ecological and atomistic biases. Individual and area income capture distinct but correlated channels, such as personal resources and local conditions. Spatial aggregation reduces variation and attenuates nonlinearities, leading area-level estimates to overstate gradients and reduce robustness to controls. Interaction analyses reveal unequal exposure: Health of low-income households appears substantially more sensitive to neighborhood conditions than that of high-income households.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

The Importance of Complexity in Hospital Performance: A Data Envelopment Analysis Versus Network Data Envelopment Analysis Comparison

AFONSO, G.P., FIGUEIRA, J.R. ET CUNHA FERREIRA, D.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7350019

Nonparametric methods have been widely used in the last few decades to assess system efficiency. Among them, Data Envelopment Analysis (DEA) has been among the most widely used. However, the DEA approach does not account for the internal structure of the systems, which pulls the model back from reality. To overcome that, network-DEA has been suggested as a solution. Models based on this approach are also widely present in the literature, although the quantitative differences between the two have not been totally addressed. This paper addresses this gap by performing a quantitative comparison of the DEA and network-DEA approaches. In addition to highlighting the methodological differences between the two, it applies both models to a complex healthcare case study. 39 Portuguese local health units served as an illustrative example for the comparison, using 17 variables, including productivity, quality, and access indicators. The analysis concluded that the network-DEA model yields better results, enabling more useful conclusions to be conveyed to decision-makers. The DEA results showed almost no dispersion, making it impossible to distinguish with confidence between efficient and inefficient units. In contrast, the results obtained with the network-DEA model under the same circumstances are valuable. It also became clear that the practical implications that can be derived from the DEA method are limited, superficial, and do not allow decision-makers to understand the origins of inefficiencies. No advantage was found in applying a DEA model over the network-DEA approach when the case study being analyzed has a complex internal structure.

Modeling Experience Effects from Related but Non-Identical Choice Contexts

BAE, J., KIM, J. ET LEE, T.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7240022

A large strand of the choice modeling literature has examined how prior experience affects subsequent choices in repeated-choice settings, where experience is often represented as persistence toward previously chosen alter-natives. However, many real-world choices are cross-contextual. Decisionmakers face a choice context that is new in its exact form while drawing on prior experiences from related, but non-identical, contexts. In such settings, prior experience may not

only create alternative-specific persistence, but also inform how observable attributes are interpreted and weighted in the current choice context. To address this gap, this paper develops a constructed-state approach for incorporating fragmented cross-contextual histories into current choice models. The approach converts prior encounters into two decision-relevant states: a patient-level general experience state, which allows prior experience to moderate attribute valuation, and an alternative-specific momentum state, which captures persistence toward previously experienced alternatives. We apply the framework to hospital choice among South Korean patients undergoing first-time total knee arthroplasty using National Health Insurance claims data. The constructed-history specification better explains patients' observed choices, demonstrating that constructed experience states provide a systematic way to extend choice models to settings in which prior histories are fragmented across related but non-identical contexts.

Comparaison des résumés de passages aux urgences à l'enquête Urgences 2023 - Validation externe de la qualité des remontées systématiques d'information sur les passages aux urgences

COURTEJOIE, N. ET MYLONAS, E.

2026

Drees méthodes (27)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/drees-methodes/260717-comparaison-des-resumes-de-passages-aux-urgences-enquete-urgences-2023

L'activité des structures des urgences est une donnée capitale pour suivre, caractériser et comprendre le recours non programmé aux soins en France, en routine ainsi que lors de circonstances sanitaires exceptionnelles. Ce dossier méthodologique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) apporte une validation externe de la qualité des remontés systématiques d'information sur les passages aux urgences, en comparant les données collectées en routine dans les résumés de passages aux urgences (RPU) à celles de l'enquête Urgences 2023.

A County Level Composite Equity Index for Medicare Access Disparity Stratification

HASSAN, S.

2026

York, University of York

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6978724

Background. Medicare program integrity faces a persistent county level analytical gap. The Government Accountability Office High Risk Series (GAO 23 106203, April 2023) identifies Medicare program integrity as a high risk area requiring enhanced oversight capabilities. The November 2024 CMS Rural Urban Disparities in Health Care in Medicare Report (produced with the RAND Corporation) documents that Medicare Advantage enrollees in rural areas score below the national average on more than a third of clinical care measures. No prior published framework integrates the access, quality, and equity dimensions at the county level with documented federal database concordance testing. Methods. This paper introduces the Healthcare Equity Index (HEI), a composite county level scoring methodology integrating three dimensions (access at 30 percent, quality at 30 percent, equity at 40 percent). The analysis covers 29,538,265 Medicare fee for service beneficiaries across all 3,198 U.S. counties for the 2019 to 2022 data window, producing 12,785 county year observations. Six federal data sources are integrated: CMS Medicare Geographic Variation Public Use File, HRSA HPSA Primary Care and Mental Health designation databases, Area Health Resources Files, USDA Rural Urban Continuum Codes 2023, and U.S. Census American Community Survey 5 year estimates. Results. The methodology identifies 255 high risk counties (8.0 percent of the universe) affecting 2,484,783 underserved beneficiaries with directly observed annual excess Medicare spending of 2.75 billion dollars under a peer benchmark method and 6.63 billion dollars under a state median peer baseline method. Counterfactual scenario decomposition under documented equalization assumptions ranges from 20.8 to 36.7 billion dollars annually. Validation: HRSA HPSA Primary Care concordance 98.4 percent (251 of 255), Mental Health concordance 96.9 percent (247 of 255). Bootstrap resampling (1,000 iterations) yields 95 percent confidence intervals of [233, 277] for flagged count and [1.42, 4.42] billion dollars for sample excess. Spatial Spearman rank correlation rho equals 0.94 for adjacent years and 0.88 across the full 2019 to 2022 span. Contribution. The paper makes the methodology,

the code, the persisted result files, and the reproducibility envelope (SHA 256 hashes for all source files) publicly available for independent verification. The framework is generalizable to other federal program integrity domains.

Comparing patient-reported outcome and experience measures in international health surveys

KENDIR, C., GUTIERREZ VARGAS, I. ET LARRAIN, N.

2026

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/comparing-patient-reported-outcome-and-experience-measures-in-international-health-surveys_acf46da9-en.html

As healthcare systems increasingly prioritise people-centred care, patient-reported data have become central to assessing health system performance. The OECD Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) initiative supports international comparison and cross-country learning by developing, standardising and collecting harmonised data on patient-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs) from primary care users and their practices across OECD Member and Partner countries. Beyond PaRIS, other international population-based health and health system surveys include the European Health Interview Survey (EHIS), the International Health Policy (IHP) Survey of the Commonwealth Fund, the People's Voice Survey (PVS) and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Although these surveys may appear to collect similar information, they differ substantially in purpose, scope and methodology. This paper positions PaRIS within this wider ecosystem, examining its distinctive value proposition and the benefits of participating in PaRIS alongside existing international surveys, based on methodological comparisons and analyses of overlapping indicators.

Is the rise in long-term sickness on the UK Labour Force Survey due to proxy responses or survey mode?

MARTIN, J. ET BAUMBERG GEIGER, B.

2026

Londres, ESCoE ESCoE Discussion Paper 2026-10

https://www.escoe.ac.uk/publications/is-the-rise-in-long-term-sickness-on-the-uk-labour-force-survey-due-to-proxy-responses-or-survey-mode/

There has been a considerable increase in the number of people in the UK reporting that they are economically inactive due to long-term sickness or disability since the coronavirus pandemic, which has attracted policy and research interest. The key data source for these trends is the UK Labour Force Survey (LFS), which has seen a sharp decline in response rates and issues associated with population weighting over recent years. It therefore remains unclear whether the rise in reported rates of sickness is a genuine phenomenon or a statistical artefact. We examine the role of proxy responses and survey mode on the LFS to test the robustness of the trends in sickness. In so doing, we shed light on the important role of proxy responses on the LFS, particularly in the domains of young people and health status. We find considerable selection effects associated with proxy response, and very high rates amongst young people. The increase in incidence of reported long-term sickness may be slightly smaller when accounting for changing survey response patterns, although other findings also suggest the reverse; either way, the increase is not simply a methodological artefact.

The Anatomy and Evolution of Survey Error

MEYER, B.D., MITTAG, N., WU, D., *et al.*

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18918

https://docs.iza.org/dp18918

Surveys provide much of social science knowledge and are the source of information on private behaviors, attitudes and expectations. The literature documents four error sources: coverage, unit non-response, item non-response, and measurement error. The relative severity of error sources is difficult to assess, limiting efforts to improve accuracy and interpret survey statistics. We unify the fragmented literature by analyzing and decomposing survey error in an empirical Total Survey Error framework, quantifying every error component on a common scale of bias and absolute error. We apply our approach to 18 income and program receipt variables from the CPS using linked administrative records over two decades. For nearly half of the variables, bias exceeds 40% and eliminating all individual-level error would require changing more than 80% of the true total. The dominant source of bias is measurement error among respondents. The largest potential gains therefore come from improving reporting accuracy not raising response rates. Moreover, even

when bias is stable, absolute error has tended to rise over time. Our results clarify which sources of bias require corrections and where survey design improvements could be most consequential.

Politique de santé

Health Policy

Legalization of Medical Assistance in Dying and Research Funding for Fatal Neurodegenerative Diseases: the Canadian Case

ALLEGRET-PILOT, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7041000

Canada legalized "medical assistance in dying" (MAID) in 2016; by 2024, one death in twenty was an "assisted death". Over the same period, the priority that the country's main federal funder assigns to research on the diseases at the heart of the paradigmatic MAID case fell markedly. This paper documents that decline and examines its possible link with legalization. Drawing on 21 years of grant data from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), it measures the share of the health research budget devoted to amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and Huntington's disease (two uniformly fatal untreatable conditions) based on the amount disbursed each year, expressed relative to a budget stripped of emergency COVID-19 credits. Having risen to a plateau of 10.4‰ over 2013-2018, the combined share falls to 8.2‰ in 2022-2025: this 21% decline remains after COVID-19 spending is removed. Overall, the data are consistent with the hypothesis of an effect of legalization on research priority, without the study design (ecological, single-country, single-funder) allowing perfect causation to be established.

Un éclairage des « sujets émergents ou en mutation » pour les politiques sanitaires et sociales

ELBAUM, M.

2026

Paris, I.G.A.S.

https://www.igas.gouv.fr/politiques-sanitaires-et-sociales-quels-sujets-emergents-ou-en-mutation

Fondé sur une approche prospective au spectre large, ce rapport tente d'identifier des sujets que, dans leur diversité, différents acteurs du monde social et de la recherche peuvent considérer comme porteurs d'interrogations fortes et renouvelées quant à la définition, la mise en œuvre et l'efficacité des politiques sanitaires et sociales. Comment adapter les politiques sanitaires et sociales aux grandes transformations économiques, démographiques, environnementales et technologiques à l'œuvre ? Quels sujets méritent une attention particulière ?

Leadership for implementation is essential to turn health workforce ambition into reform

FALKENBACH, M., JOACHIM, M., WISMAR, M., *et al.*

2026

Londres, L.S.E.

https://researchonline.lse.ac.uk/id/eprint/141080/

Health systems across Europe are transforming service delivery in response to population ageing, multimorbidity, workforce shortages, and fiscal constraints. New models of care, including integrated care, multidisciplinary teams, expanded scopes of practice, community-based services, and digitally enabled care, depend on a health and care workforce (HCWF) that is sufficiently staffed, appropriately skilled, and supported to adapt to changing roles and responsibilities. Yet implementation continues to lag behind policy ambitions. This commentary argues that the principal HCWF challenge is no longer a lack of evidence. Extensive research has identified workforce shortages, retention problems, staffing challenges, skills needs, and planning deficiencies, while numerous policy solutions have been proposed. Rather, the challenge is one of implementation. We argue that leadership for implementation is a critical but underdeveloped dimension of HCWF policy.

Leadership is required at three interconnected levels: political leadership to create the conditions for reform, intersectoral leadership to align actors across complex governance systems, and organizational leadership to translate policy into improved workforce experiences, clinical working conditions, and patient outcomes. If the next decade of HCWF policy is to look different from the last, greater attention must be paid not only to what should be done, but also to who will champion reform and lead implementation and how leadership capacity can be developed across health systems.

▶ Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 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/strategie-nationale-de-sante-sexuelle-2017-2030

La feuille de route 2026-2030 de la Stratégie nationale de santé sexuelle vise à garantir un accès effectif à la santé sexuelle pour tous, dans une approche globale et inclusive. Elle s'appuie sur les avancées récentes : accès facilité à la contraception, à l'IVG, au dépistage des IST et à la prévention (PrEP, vaccination HPV). Les inégalités sociales, territoriales et entre publics demeurent un enjeu central, avec une attention particulière portée aux jeunes, aux personnes vulnérables et aux territoires ultramarins. Cinq axes structurent la stratégie : promotion et éducation à la sexualité, amélioration des parcours de soins et de prévention, réponse au chemsex, développement des connaissances et adaptation aux spécificités ultramarines. La lutte contre la désinformation, la formation des professionnels et la simplification des parcours sont renforcées.

▶ Rapport au parlement 2026 sur les expérimentations innovantes en santé

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2026.pdf

Le Rapport 2026 sur les expérimentations innovantes en santé «article 51» a été transmis au Parlement. Il fait le bilan du dispositif qui a ciblé 1,5 millions de bénéficiaires depuis sa création en 2018 et qui compte 166 projets autorisés.

▶ Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique

MORELLE, A., PASCAL, A. ET SAILLARD, M.O.

2026

Paris, I.G.A.S.

https://www.igas.gouv.fr/organisation-de-la-perinatalite-dans-les-territoires-affirmer-une-logique-de-sante-publique

Le rapport de l'Igas examine et éclaire la situation de la périnatalité en France depuis une quinzaine d'années. Celle-ci s'est traduite par un taux de mortalité infantile s'élevant à 4 pour 1 000 pour l'année 2024. Après avoir illustré la façon dont les indicateurs de santé périnatale se sont dégradés en France sur la période récente, et après avoir relevé l'importance des facteurs populationnels dans cette évolution défavorable et l'impact limité des transformations de l'organisation sur celle-ci, ce rapport s'attachera à analyser l'organisation de l'offre à chacune des étapes du parcours de la femme enceinte puis de la jeune mère et de son enfant durant le premier mois de vie en identifiant, pour chacune de ces étapes, les points d'amélioration souhaitables. Il s'intéressera enfin aux questions de gouvernance, de pilotage et de coordination en matière de politique publique de la périnatalité et de mise en œuvre de celle-ci, que ce soit au niveau national, au niveau local, entre acteurs de la prise en charge des patients ou encore lorsque des transformations de l'offre doivent être conduites localement.

▶ The Economic Case for Pandemic Preparedness and Response: Beyond Lockdowns

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, Ocde (OECD Health Policy Studies)

https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-case-for-pandemic-preparedness-and-response_b7b3852e-en.html

Pandemics are rare but severe shocks for the health of populations and economies. The frequency and intensity of smaller outbreaks have been increasing over the past decades and the risk of local outbreaks escalating into global pandemics remains high. This report examines the potential consequences of future pandemics on population health, health system resilience and

the economy across 51 OECD, EU/EEA and G20 countries, using advanced epidemiological and economic modelling techniques and scenario-based analyses. It assesses the extent to which eight non-pharmaceutical interventions (NPIs) for community infection prevention and control can mitigate health and economic consequences in the early phases of five types of outbreak scenarios before pharmaceutical interventions or vaccines are available at scale. The central message is clear: in the OECD, investing, on average, almost 6 USD PPP per capita per year in pandemic preparedness and response is a smart investment for both public health and economic resilience. Early implementation of NPIs such as hand hygiene, mask use and physical distancing can save more lives and limit economic disruption than delayed action, which may necessitate the introduction of lockdowns to regain control of transmission. Robust disease surveillance and stockpiling systems are essential for enabling timely and effective response.

▶ La réforme des systèmes de santé

PALIER, B.

2025

Paris, P.U.F. Que sais-je n° 3710.

Agences régionales de santé, franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail. Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'Assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (États-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

Politique publique

Public Policy

▶ The Value of Behavioral Policies

LIST, J.A., RODEMEIER, M., ROY, S., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N. Becker Friedman Institute for Economics Working Paper 2026-106

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7233758

Behavioral interventions have become central to modern public policy, but their empirical promise remains contested because estimated treatment effects often appear small. We argue that a policy response is economically meaningful only relative to the response generated by alternative policies. We assemble more than 1,200 estimates from over 600 studies comparing "nudges" and traditional price interventions in the markets for cigarettes, alcohol, influenza vaccination, electricity, and residential water. Translating nudge effects into equivalent price changes, we find that behavioral interventions often correspond to enormous fiscal interventions, from an 11% tax on electricity to a 100% subsidy on influenza vaccinations. Nudges are also more cost-effective than price instruments in all markets, but cost-effectiveness does not predict the welfare ranking of policies. Using a behavioral extension of the Marginal Value of Public Funds, we show that nudges have high welfare returns at the margin, while price instruments often generate larger total surplus at scale.

Politique sociale

Social Policy

▶ L'accès aux droits sociaux : la fin du guichet ?

AMARA, F., DELPAL, B. ET SAINTOYANT, V.

2026

Paris, I.G.A.S. Rapport de l'Igas 2025-106R

https://www.igas.gouv.fr/lacces-aux-droits-sociaux-la-fin-du-guichet

Alors que les difficultés d'une partie de la population face à la dématérialisation des démarches administratives sont mises en lumière, l'Igas publie un rapport consacré aux accueils sociaux et à leur rôle dans l'accès aux droits sociaux. Fondées sur une méthodologie privilégiant l'observation de terrain et l'immersion dans les lieux d'accueil, les investigations ont porté sur les caisses de Sécurité sociale, les collectivités locales (départements et communes) et les Maisons France services. Elles mettent en lumière les profondes mutations intervenues ces dix dernières années, entre rationalisation des organisations, montée en puissance du numérique et retour d'une offre de proximité. Le rapport montre que l'expérience usager ne peut être réduite à la seule question de l'accompagnement à l'utilisation des outils numériques et que la question clé reste celle de l'accès effectif aux droits sociaux. Il interroge les conditions concrètes d'un accueil accessible à tous et analyse les enjeux d'un paysage institutionnel complexe.

Prévention

Prevention

▶ La politique de vaccination depuis 2018 : Des avancées à conforter, une mobilisation à renforcer

COUR DES COMPTES

2026

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-09/20260907-Politique-de-vaccination-depuis-2018_0.pdf

Depuis 2018, la politique de vaccination a connu d'importantes évolutions, avec l'extension des obligations vaccinales des nourrissons (passées de 3 à 11) et l'élargissement des professionnels habilités à vacciner. Le rapport de la Cour, qui a bénéficié d'un comité d'accompagnement composé d'universitaires et de professionnels de santé, s'est donc attaché à évaluer dans quelle mesure cette politique publique a atteint les principaux objectifs assignés par les pouvoirs publics depuis 2018. Centrée sur la population générale, hors vaccination de crise (en particulier celle contre le Covid 19), cette évaluation examine l'impact des modifications introduites sur la couverture vaccinale de la population, l'efficience des stratégies vaccinales ainsi que leur effet sur les inégalités sociales et territoriales en matière de vaccination. Elle ne s'est pas intéressée à la vaccination des professionnels de santé ni à celle des voyageurs. Alors que les dépenses ont atteint 1,4 Md€ en 2024, en hausse de près de 70 % depuis 2018, la mobilisation des vaccinateurs, l'évaluation de l'efficience et le ciblage des populations les moins bien couvertes doivent être renforcés.

▶ Bilan de santé en école maternelle : Recommandation de bonne pratique

EZZAHIR, N., PETITPREZ, K., LE BAIL, M., *et al.*

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4070709/fr/bilan-de-sante-en-ecole-maternelle

En France, la réalisation d'un bilan de santé en école maternelle pour les enfants âgés de trois ans à quatre ans est prévue par la législation au titre du code de la santé publique et du code de l'éducation. Ce bilan s'adresse à tous les enfants scolarisés en école maternelle ; il permet d'évaluer le développement global de l'enfant avec : un recueil d'informations sur la santé de

l'enfant, son environnement familial, son cadre de vie, et son adaptation à la scolarisation et la vie en collectivité ; une évaluation du développement staturo-pondéral de l'enfant et un examen clinique ; le repérage d'un écart au développement sur le plan du neurodéveloppement et du développement psycho-affectif ; le repérage d'un retard ou trouble du développement du langage oral ; le dépistage d'un éventuel déficit sensoriel visuel (acuité visuelle, réfraction et oculomotricité) et/ou auditif ; le repérage de situations susceptibles de relever de la protection de l'enfance. Ce bilan permet à l'équipe de PMI de délivrer des messages de prévention notamment concernant la nutrition, le sommeil, l'hygiène bucco-dentaire, l'activité physique de l'enfant et l'utilisation des écrans. Le guide élaboré par la HAS permet de : – décrire les modalités de réalisation du bilan de santé en école maternelle ; – définir des critères d'orientation de l'enfant par les équipes de PMI réalisant le bilan ; – orienter les enfants vers un suivi spécifique par des professionnels de santé dédiés.

▶ Stratégie multimodale de prévention des accidents de la vie courante des enfants de moins de 5 ans

HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE

2026

Paris, HCSP

https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1550

Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) propose une stratégie multimodale de prévention des accidents de la vie courante (AcVC). Ce rapport fait le point dans la première partie sur les accidents de la vie courante des enfants âgés de moins de 5 ans (chutes, étouffements, brulures, électrisations), à l'exception des intoxications qui ont fait l'objet d'un avis du 01/09/2025. Le HCSP a analysé les facteurs de risques et les actions préventives efficaces selon les circonstances, l'environnement, la perception du risque et les conditions de vie des parents ainsi que les actions existantes en France. La deuxième partie de ce rapport fait le point sur les stratégies mises en place à l'international ayant fait la preuve de leur efficacité. Enfin, le HCSP propose une stratégie multimodale de prévention basée sur la stratégie des E (*Education, Engineering, Enforcement, Environment, Empowerment, Equity, Economy*), coordonnée au niveau national et accompagnée d'un système de surveillance et d'analyse économique (observatoire).

▶ The Impact of Suicide Hotlines on Health: Evidence from 988 Implementation

HANSEN, B., KANNAN, N. ET ZHANG, J.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35601

https://www.nber.org/papers/w35601

This paper examines the impact of the National Suicide Hotline Designation Act, which introduced the universal 988 calling code and earmarked federal funding to suicide crisis call centers in July 2022. We use a difference-in-differences design that leverages pre-existing cross-state variation in crisis line capacity gaps, measured by the number of pre-988 calls routed to a state but not answered in-state. The rollout substantially improved crisis line operations in states with larger baseline capacity gaps: these states answered more calls in-state and increased their in-state answer rates. However, these operational gains did not translate into detectable reductions in suicide mortality. The mortality estimates are precise enough to rule out even modest short-run reductions. We also find no statistically significant improvements in broader population mental health outcomes. These findings suggest that expanding crisis line capacity alone may be insufficient to reduce suicide deaths.

▶ Parcours d'accompagnement préventif (PAP) et dispositif affections de longues durées (ALD) : critères médicaux d'admission-Note de cadrage

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2026

Saint-Denis La Plaine, HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4259839/fr/parcours-d-accompagnement-preventif-pap-et-dispositif-affections-de-longues-durees-ald-criteres-medicaux-d-admission-note-de-cadrage

La prévention en santé est l'ensemble des actions menées dans le but d'améliorer la santé publique. L'objectif est d'éviter l'apparition de troubles ou maladies qui pourraient affecter la population et de faire progresser son état de santé général. L'article 54 de la LFSS pour 2026 prévoit la création d'un « parcours d'accompagnement préventif sur prescription médicale » pour les « assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection » de longue durée (ALD). Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie par le ministère des Solidarités et de la Santé afin d'identifier « des

critères médicaux ouvrant droit à une prise en charge au titre du statut créé par l'article 54 de la LFSS pour 2026 » dans le cadre d'un parcours d'accompagnement préventif (PAP).

Construire un système national de prévention primordiale : Replacer la santé sous de bonnes influences

ISAAC-SIBILLE, C.

2026

Paris, Assemblée nationale

https://cyrille.isaac-sibille.fr/mission-gouvernementale-prevention-sante/

Le 16 septembre 2026, a été présenté à l'Assemblée nationale les conclusions de la mission gouvernementale consacrée à la prévention en santé. Après six mois de travaux, 327 auditions, 15 déplacements et 147 contributions écrites, ce rapport propose de construire un véritable système national de prévention primordiale, en investissant dans la prévention autant que dans le soin. Le rapport s'organise autour de quatre axes : Faire de la santé l'affaire de tous ; Faire de nos lieux de vie des lieux de santé ; Se fixer six priorités de prévention ; Piloter la prévention par la donnée et la science.

Les politiques de prévention en santé

SÉNAT

2025

Paris, Sénat Étude de législation comparée 360

https://www.senat.fr/notice-rapport/2025/lc360-notice.html

À la demande de la commission des affaires sociales, la division de la législation comparée a réalisé une étude sur les politiques de prévention en santé en Allemagne, au Royaume-Uni (Angleterre) et au Canada (Québec). L'étude explore les politiques de prévention en santé mises en œuvre dans les trois pays, en analysant leur cadre juridique, leur financement et leurs dispositifs opérationnels.

Health Shocks as Drivers of Persistent Change in Health Behaviors

STÖCKEL, J., BAKX, P. ET WOUTERSE, B.

2026

Rotterdam, Erasmus University EsCHER Working Paper 2026004

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7172478

We study health prevention efforts after acute cardiovascular events using linked Dutch administrative and survey data. In the six years after the event, smoking and alcohol consumption decrease substantially, while preventive medication uptake is near-universal and persistent. Individuals also make forward-looking care and insurance choices. While cardiovascular events impact health, perceived health, and control beliefs, none of these channels explains the behavioral effects, which are similar across socioeconomic and health-risk groups. Our results suggest that the interaction of salient health shocks with broader health-system characteristics, rather than individual-level characteristics or the provision of information through these events, drives successful prevention.

Psychiatrie

Psychiatry

Psychiatrie : Depuis 2020, l'écart du recours entre les genres s'est fortement accentué chez les jeunes

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2026

Lyon, A.T.I.H.

https://www.atih.sante.fr/rapports-Études/analyse-de-lactivite-hospitaliere-2025

Alors que les taux d'hospitalisation en psychiatrie à temps complet se stabilisent depuis 2020 en s'établissant à 4,5 pour 1 000 habitants en 2025 ; les taux à temps partiel augmentent. Cette hausse est portée par l'accroissement du recours chez les femmes, en particulier les plus jeunes (13-24 ans). En 2025, le recours à l'hospitalisation à temps complet est 3 fois plus élevé

chez les femmes âgées de 13 à 17 ans que chez les hommes du même âge.

Illbeing Among the Young in Europe: Evidence from the COME HERE Panel

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

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18803

https://docs.iza.org/dp18803.pdf

A substantial literature finds poor mental health is hump-shaped with respect to age, whilst subjective wellbeing is U-shaped. Recent cross-sectional studies indicate a change in this relationship driven by the declining mental health of the young. We contribute to this literature by re-examining the age patterns in subjective wellbeing and illbeing for individuals in five European countries (France, Germany, Italy, Spain and Sweden). We do so with fifteen waves of the COME-HERE (CH) panel survey for 2020-2025 plus data from the Global Minds (GM) surveys of 2020-2026 for the same countries. We show that wellbeing rises and illbeing declines in a roughly monotonic fashion with age. This is found both with cross-section data from the CH and GM data, and from longitudinal plots of person fixed effects by age in the CH data.

Santé mentale des femmes en période périnatale en France en 2021 : Résultats issus des enquêtes nationales ENP, ENP-DROM et Epifane

DONCARLI, A., TEBEKA, S., REGNAULT, N., *et al.*

2026

Saint-Maurice, Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/cadic_files/documents/spf00006736.pdf

Cette synthèse vise à rassembler les travaux récents de Santé publique France portant sur les symptômes de dépression *post-partum* (DPP), sur l'anxiété *post-partum* (APP), les idées suicidaires en *post-partum* (IDS) et l'absence de recours aux soins en santé mentale pendant la grossesse. Nous avons estimé leur prévalence, et, pour la DPP et l'APP, identifié et évalué les facteurs associés ainsi que leurs disparités territoriales.

Comprendre la santé mentale des jeunes : Revue de littérature

MAIGNAN, A.

2026

Marly-le-Roi, I.N.J.E.P.

https://injep.fr/wp-content/uploads/2026/07/Rapport-2026-05-Sante-mentale.pdf

Ces dernières années, la santé mentale a fait l'objet d'une intense actualité médiatique et politique, au point d'être proclamée « grande cause nationale » en 2025. Cette préoccupation apparaît encore plus marquée lorsqu'il s'agit de la santé mentale des jeunes. Articles de presse, émissions, prises de position de professionnel·les et d'acteurs du champ alertent sur un état jugé particulièrement dégradé, notamment depuis la crise sanitaire du Covid-19. S'est ainsi progressivement imposée une forme d'évidence sociale concernant l'ampleur d'une « crise » de la santé mentale des jeunes. La notion même de « santé mentale » n'est pas neutre. Elle renvoie à une définition élargie, institutionnalisée par l'Organisation mondiale de la santé, comme état de bien-être, et non plus seulement absence de trouble. Ce passage de la psychiatrie à la santé mentale élargit considérablement le périmètre d'analyse. De même, la catégorie des « jeunes » est plurielle, traversée par des statuts sociaux et des conditions d'existence différenciées. L'enjeu de cette revue de littérature est double : objectiver les réalités empiriques de l'état de santé mentale des jeunes et analyser la construction sociale et politique contemporaine de la « crise » de la santé mentale des jeunes.

(Not) Talking Through Mental Health Problems: How Talk Therapy Impacts Healthcare Utilization, Health and Employment

PRUDON, R.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18773

https://docs.iza.org/dp18773.pdf

To increase the uptake of mental health care and reduce the burden of mental health, many countries have introduced programs offering easily accessible talk therapy. Despite their widespread introduction and continued expansion, causal evidence on these programs' effectiveness is lacking. I estimate the impact of a Dutch program that introduced talk therapy provided by nurse practitioners at GP practices nationwide. The reform increased talk therapy uptake by

6 percentage points among individuals seeking care but also widened existing disparities in care utilization. The increased take-up of talk therapy did not significantly improve the health and employment outcomes of patients.

Soins de santé primaire

Primary Healthcare

▶ Selection into Medicine

ALEXANDER, D. ET SCHNELL, M.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35631

https://www.nber.org/papers/w35631

This paper examines how selection into medicine in the United States influences physician practice styles. We exploit macroeconomic conditions at the time of medical school application as an exogenous shock to the applicant pool and find that labor market downturns in other prestigious fields increase applications to medical school and shift the composition of matriculating cohorts toward students from non–pre-medical backgrounds. Strikingly, these low–outside-option cohorts practice medicine differently decades later. Conditional on experience, specialty, and outcome year, recession-cohort physicians bill Medicare more per beneficiary despite seeing healthier patients—particularly on discretionary, revenue-generating services—and sort into practice settings with higher-powered financial incentives. The additional spending does not produce detectable improvements in patient health. Taken together, our findings point to stronger financial motivation among those drawn into medicine when outside options are weak and suggest that medical school admissions screen imperfectly on the attributes that ultimately shape how physicians practice.

▶ Le temps de travail des médecins

AUVIGNE, F., SLOVE, R. ET LAFARGUE, L.

2026

Paris, IGAS

https://www.igas.gouv.fr/le-temps-de-travail-des-medecins

Le rapport met d'abord en évidence un déficit de connaissance du temps de travail des médecins. Les données existantes permettent de suivre les effectifs et l'activité, mais aucune ne permet aujourd'hui de mesurer de manière consolidée le temps de travail d'un médecin en prenant en compte l'ensemble de ses activités et de ses modes d'exercice, libéral, salarié ou mixte. Cette connaissance constitue pourtant un enjeu croissant pour apprécier le temps médical effectivement disponible et adapter l'organisation de l'offre de soins.

▶ Mission « Flash » sur les infirmiers en pratique avancée

BAMANA, A., CORNELOUP, J. ET DUBRE-CHIRAT, N.

2026

Paris, Assemblée nationale

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/documents/infirmiers/l17n548869026_document.pdf

Les rapporteurs de la mission flash formulent 20 recommandations pour favoriser le déploiement des IPA, parmi lesquelles : définir une stratégie nationale pour les IPA, renforcer la communication sur leur rôle, réorganiser les spécialisations autour des besoins des patients, faciliter l'accès à la formation, accroître leur autonomie et simplifier leurs capacités de prescription, tout en développant la recherche et un financement plus adapté à leur activité, création de postes sur le terrain (hôpital, ville)...

▶ Le dispositif du médecin traitant

COUR DES COMPTES

2026

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-09/20260930-Dispositif-du-medecin-traitant.pdf

Saisie par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes dresse le bilan du dispositif du médecin

traitant, vingt ans après sa création. Conçu comme la porte d'entrée du système de santé et le pivot du parcours de soins, le médecin traitant occupe une place croissante dans le suivi des patients, la prévention et la coordination des soins. Son déploiement demeure toutefois incomplet : en 2025, 88,5 % de la population adulte avait déclaré un médecin traitant, laissant 6,3 millions d'assurés sans médecin traitant. La Cour constate également que le fait d'en disposer ne garantit pas toujours un suivi effectif.

▶ Attracting Talent to General Practice through Financial Incentives

COBREROS, L., SUNYER, C. ET VALL CASTELLO, J.
2026
Rochester, S.S.R.N.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7019867

Shortages of general practitioners (GPs) strain healthcare systems worldwide. We test whether wage incentives can attract higher-ability physicians using a 2022 reform in Catalonia, Spain, that granted incoming GP residents unconditional salary supplements of 26% to 47% of base pay across three tiers. Using administrative data on medical residency choices nationwide and a synthetic difference-in-differences design, we document two effects. First, the reform raised entrants' standardized exam scores by 0.067 standard deviations on average (0.174 in the highest subsidy tier) and increased the international resident share by nearly 30 percentage points. Second, GP vacancies emerged nationwide after 2022 but rose 4.4 percentage points less in Catalonia, drawing lower-scoring candidates to the newly filled slots and mechanically diluting the average score gain. Lee bounds correcting for this compositional shift raise the estimated effects to 0.088 and 0.191 standard deviations in a fully cleared market. Our findings show that salary supplements can improve the allocation of medical talent to shortage occupations, though their effectiveness depends on local labor-market tightness and physician supply.

▶ Organizing Expertise with Externalities: Evidence from Primary Care

DAHLSTRAND, A., HUANG, S., LE NESTOUR, N., *et al.*
2026
Munich, CESifo CESifo Working Paper 13012
https://www.ifo.de/DocDL/cesifo1_wp13012.pdf

Many modern organizations use knowledge hierarchies, where frontline workers try to resolve tasks and pass those they cannot resolve to experts. But the implications of this organization of expertise are not well understood, especially if firm revenues depend on who resolves each task or the firm generates downstream externalities. We study a knowledge hierarchy (KH) using 500, 000 patient cases from an online primary care firm, linked to outcomes and costs across Sweden's healthcare system. We use variation in assignment arising from temporary doctor congestion, controlling for date-by-three-hour windows and flexible case characteristics. Within the KH, nurses resolve 70% of cases and pass the remainder to doctors. Relative to doctor-only care, the KH modestly increases external primary care and ED visits but has no adverse effects on hospitalizations, earnings losses, or mortality. Although the mean effect of KH on systemwide (firm plus downstream) production costs is small, this masks substantial heterogeneity. Compared to using only doctors, the savings from the firm's selective use of the KH equal 1.6% of online primary care costs. However, our main finding is that reassigning cases between the direct-to-doctor and KH routes within 15-minute windows to minimize systemwide production costs would save 6.8% of online primary care costs.

▶ Rapport d'information du Sénat sur les praticiens à diplôme hors Union européenne

IMBERT, C., LE HOUEROU, A. ET SOLLOGOUB, N.
2026
Paris, Sénat
https://www.senat.fr/notice-rapport/2025/r25-824-notice.html

En suivant le parcours des praticiens à diplôme hors Union européenne à chacune de ses étapes, ce rapport démêle les multiples strates d'un dispositif devenu particulièrement complexe afin de dresser un état des lieux complet du droit qui leur est applicable. Il propose un premier bilan des réformes engagées depuis 2019 et met en lumière les difficultés auxquelles demeurent confrontés les professionnels, les établissements de santé et les administrations chargées de leur recrutement, de leur accompagnement et du suivi de leur parcours. Il formule ensuite des recommandations destinées à rendre les procédures plus lisibles, plus prévisibles et plus cohérentes, tant pour les praticiens que pour les établissements de santé. Enfin, il esquisse les évolutions nécessaires pour mieux sécuriser les parcours administratifs et professionnels des Padhue, sans

jamais rogner sur les exigences de sécurité et de qualité des soins et de protection des patients.

The Unintended Costs of Targeted Performance Pay: Measuring Clinical Crowding-Out in Primary Care

KUMAR, P.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7342038

Pay-for-Performance (P4P) schemes in primary care frequently tie financial bonuses to specific maternal and child health (MCH) targets. While these targeted incentives significantly expand rewarded services, principal-agent theory predicts that clinicians face trade-offs when allocating finite time and cognitive effort across multiple medical services. Building on multitasking agency theory and behavioral health economics, this paper develops a microeconomic model of clinician effort allocation that incorporates intrinsic provider altruism and separate sub-models for maternal and child healthcare delivery. We derive comparative statics demonstrating that financial bonuses on targeted MCH metrics induce clinical task distortion, crowding out effort on unrewarded services such as pediatric acute illness and maternal chronic condition management during pregnancy. We outline a difference-indifferences empirical strategy, present structural diagrams of effort substitution, and propose policy mechanisms to mitigate task distortion in low- and middle-income health systems.

Quantification of scenario-based alternative assumptions for the Belgian GP workforce model 2025-2045

LEFEVRE, M., BOURGEOIS, J. ET SAVOYE, I.

2026

Bruxelles, K.C.E. KCE Reports 421

https://kce.fgov.be/en/quantification-of-scenario-based-alternative-assumptions-for-the-belgian-gp-workforce-model-2025

La Cellule planification a demandé au KCE de formuler des hypothèses alternatives concernant l'évolution des paramètres du modèle de projection de la force de travail des médecins généralistes. Pour ce faire, deux questions de recherche ont été formulées : Comment la médecine générale pourrait-elle évoluer au cours des 20 années à venir, compte tenu des changements démographiques, économiques, technologiques et organisationnels attendus ? Comment ces évolutions vont-elles influencer les paramètres du modèle de projection de la force de travail des médecins généralistes ? Ce rapport s'intéresse donc uniquement aux ajustements à apporter aux paramètres du modèle. La Commission de planification envisagera d'utiliser les résultats de cette recherche pour calculer le nombre de médecins généralistes nécessaires à l'avenir. L'évaluation du modèle dans son ensemble, des besoins en médecins généralistes, de l'adéquation (ou non) entre l'offre et la demande et des mesures à mettre en place pour en assurer l'équilibre sortent du champ de cette étude.

Do Community Health Centers Improve Territorial Healthcare?

RIZZO, M., GRAZZINI, L., GRILLI, L., *et al.*

2026

Firenze, Università degli Studi di Firenze Working Paper 11/2026

https://www.disei.unifi.it/upload/sub/pubblicazioni/repec/pdf/wp11_2026.pdf

The aim of this paper is to analyse whether Community Health Centers have improved territorial healthcare in the Tuscany region, in Italy. A fixed effect model is used to test whether Community Health Centers have improved two health outcomes: inappropriate accesses to hospital Emergency Departments and hospitalizations caused by complications for chronic diseases (diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and heart failure). Our main results show that per-capita expenditure for Community Health Centers slightly reduces inappropriate accesses to hospital Emergency Departments; the number of General Practitioners working in a Community Health Center slightly reduces hospitalisations due to complications related to chronicity while the latter tends to increase when there is at least a facility in the healthcare district, presumably for the Community Health Center's ability to catch a latent demand. Such results seem to show that, up to now, territorial primary healthcare provided through Community Health Centers has only had a moderate impact on improving the quality of care in Tuscany, and lessons should be learned from such experience in view of a recent health reform passed in Italy in 2022, that will change the organization and governance of Community Health Centers.

Evaluating Shifts in Skill-mix in Primary Care: A Dynamic Panel Analysis of England's Additional Roles Reimbursement Scheme

SUNGURTEKIN HALLAM, B., DALE, P. ET BLOOR, K.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7148961

Background Increasing skill-mix in primary care has been used to address ongoing workload pressures in most high-income countries. We focus on the Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) introduced in England in 2019. Aim To investigate how the additional role practitioners such as pharmacists, physiotherapists and social prescribing link workers employed through ARRS affect GP workload and patient access to GP appointments, exploring whether these staff operate as substitutes or complements to medical practitioners. Design and Setting A retrospective panel data analysis using comprehensive England-wide PCN-level data spanning the period 2022Q4 to 2025Q3. Method Dynamic panel data models were used linking general practice workforce, ARRS uptake and population characteristics to volume of GP appointments and the speed of GP appointment availability. Results Higher full-time equivalent (FTE) ARRS staffing is associated with fewer GP appointments with one additional FTE ARRS staff member associated with 68 fewer GP appointments per month per 10,000 population. The effects of ARRS staff differ across role groups. ARRS staffing does not significantly affect the share of same or next day GP appointments in any of the model specifications. Conclusion Expanding skill-mix in primary care through ARRS is found to be associated with a reduction in GP workload. The primary impact of ARRS is found to be via substitution, with some GP tasks taken over by suitable additional role staff. The findings, however, did not provide evidence of a relationship between ARRS staffing and same or next day GP appointment availability, suggesting a lack of impact on GP appointment timeliness.

Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025

THOMAS, J.E.

2026

Études et résultats (Drees) (1381)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260826-temps-travail-medecins-generalistes-liberaux

En 2025, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 36 heures et 30 minutes en consultations, téléconsultations ou visites à domicile, 6 heures à la gestion du cabinet et à la coordination avec d'autres professionnels et 2 heures et 30 minutes à la mise à jour de leurs connaissances médicales. Cette durée moyenne masque des disparités selon l'âge et le sexe du médecin généraliste. Les femmes déclarent en moyenne des durées de travail plus faibles que les hommes, et les jeunes médecins des durées de travail plus faibles que leurs aînés. Les différences de temps de travail moyen par tranche d'âges résultent de deux effets : d'une part, le temps de travail des médecins varie au cours de leur carrière et, d'autre part, les choix et les conditions d'exercice des médecins (offre locale, patientèle, travail en groupe, délégation de tâches, etc.) évoluent avec le temps, ce qui peut se traduire par des différences de pratiques entre générations de médecins. Les médecins de moins de 45 ans déclarent avoir une meilleure conciliation de leurs horaires de travail avec leurs engagements extra-professionnels que leurs confrères plus âgés. La durée moyenne d'une consultation au cabinet est de 19 minutes, variable selon les caractéristiques du médecin. Près des trois quarts des médecins réalisent des visites au domicile de leurs patients et un tiers des téléconsultations.

Changes in costs of general practice services following incentive payment reforms in Australia: An interrupted time-series analysis

WELSH, J., KORDA, R. ET SAXBY, K.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7121746

To promote equitable access to affordable care, Australian general practitioners can claim incentive payments for eligible services provided at zero out-of-pocket cost (OOPC) (referred to as 'bulk billing'). From November 2023, incentive payments were tripled. We aimed to quantify population-level changes in bulk billing and OOPC associated with the triple bulk billing incentives (TBBI), including for ineligible patient populations. Methods: Using linked whole-of-population health and social services data (January 2021—December 2024), we conducted interrupted time-series

analyses to quantify monthly changes in the proportion of general practice services bulk-billed and per-service OOPC for non-bulk billed services for the total Australian population and separately for eligible (children <16 years, concession card holders) and ineligible (general beneficiaries) patients. Findings: Prior to the TBBI, bulk billing declined across all patient groups. After the TBBI, there was an immediate increase in bulk billing in all groups, ranging from 3.59 percentage points (95% CI: 2·37-4·81) among children to 4·74 (2·57-6·91) among general beneficiaries, and an arresting of prior declines in all groups (post-intervention slope:−0·04/month, −0·13-0·06). However, the TBBI was also associated with an immediate increase in OOPC—larger among children ($4·46, $2·86-6·06) and concessional ($6·13, $2·99-9·28) than general beneficiaries ($1·26, $0·54-1·99)—followed by increases among children ($0·37/month, $0·21-0·53) and general beneficiaries ($0·24/month, $0·17-0·30). Interpretation: The TBBI was associated with improvements in bulk billing, as well as unintended increases in OOPC for non-bulk-billed services, particularly among eligible patients. Incentive policies may operate at the practice-level rather than being tightly tied to patient eligibility, potentially undermining ability to improve affordability and equity in the longer term.

▶ A cross-sectional analysis of staffing, activity, and patient need in general practice in England in 2023: a retrospective cohort study

WHITFIELD, E., BELOKHVOSTOVA, D., CLARKE, J., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7190387

General practice in England is experiencing rising demand, workforce diversification, and widening health inequalities. However, there is limited empirical evidence describing how general practice activity is distributed across staff roles, patient complexity, and socioeconomic deprivation. Aim: To quantify patterns of general practice activity in England in 2023 by staff role, patient need group, activity category, and socioeconomic deprivation. Design and Setting: Retrospective cohort study using linked electronic health records from the Clinical Practice Research Datalink (CPRD) Aurum and Hospital Episode Statistics in England. Methods: A random sample of 1,000,000 patients registered on 1 January 2023 was followed for one year. Patients were assigned to Patient Need Groups (PNGs) using the Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups system. Events were classified as consultation, clinical non-consultation, or administrative activity across 28 activity subcategories, and attributed to high-level categories of staff roles. Event rates per patient-year were calculated. Age- and gender-standardised rates were estimated across deprivation deciles. Results: Among 999,967 included patients, 24.2 million events were recorded (6.7 million consultation, 8.8 million clinical non-consultation, 8.7 million administrative events). Activity rose steeply with increasing clinical complexity; patients in higher clinical need groups had over four times more consultation events and seven times more clinical non-consultation events than low-need adults. GPs delivered the majority of clinically accountable activity, while multidisciplinary clinical staff contributed substantially to planned and protocol-driven care. After adjustment for age and gender, patients in the most deprived areas had higher rates of prescribing, referrals, fit notes, and administrative activity, but lower rates of preventative care. Conclusion: General practice workload rises sharply with multimorbidity and socioeconomic deprivation. Despite workforce expansion, doctors remain central to clinically complex and accountable care. Current funding and workforce models may not adequately reflect the higher intensity and inequality-related workload borne by practices serving more socioeconomically deprived populations.

Systèmes de santé

Health Systems

Choice Between Public and Private Healthcare Systems: Evidence from Veterans

CABRAL, M., CHAN, D.C. ET NELLER, S.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35440

https://www.nber.org/papers/w35440

This paper examines the choice between public and private healthcare systems among elderly veterans, who are dually eligible to obtain care through the publicly operated Veterans Health Administration (VA) and through private providers financed by Medicare. We analyze health system choice among veterans who move across areas with differing rates of VA utilization to quantify the relative importance of individual-specific factors (e.g., preferences, income, health) and place-specific factors (e.g., local access, quality, and convenience). Our estimates indicate that 50–60% of geographic variation in VA use is attributable to demand-side individual factors, with the remainder explained by place-based factors. We also document important heterogeneity across types of care, with place-based factors playing a larger role for inpatient and emergency care than for outpatient and primary care. Additional analysis suggests that the supply-side features emphasized in recent legislation—distance to VA facilities and wait times—explain only a small share of estimated place effects. These findings highlight the importance of individual factors in health system choice and have implications for policies aimed at reducing geographic disparities in VA utilization.

Rebuilding Canadian Healthcare After the Pandemic and the Population Shock

PARSAN, S.J.

2026

York, University of York

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7207703

A concrete federal-provincial agenda for capacity, access and accountability-with Ontario and Quebec as principal case studies Central judgment. COVID-19 exposed the fragility of a system already operating near full capacity. Rapid population growth in 2022-2024 then widened the gap between demand and deployable supply. Lower planned inflows now reduce the rate at which that gap grows, but they do not close it. Canada requires a population-responsive, access-conditioned and productivity-focused health compact-not another unconditional transfer.

Strategic Report: The Healthcare System in Bulgaria — A Model for Structural Transformation, Efficiency and Sustainability

STOYANOVA, B.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7375060

Bulgaria's healthcare system combines steadily rising public expenditure with persistent structural weaknesses: an overcapacity of hospitals and beds, low occupancy, fragmented and duplicated activity, a chronic shortage and inefficient allocation of medical staff, and pronounced inequality of geographic access. This paper argues that the binding constraint is not the level of financing but the way in which resources are structured, concentrated and governed, and it develops a model for the structural transformation of the system, grounded throughout in first-source evidence from the 2024 clinical-pathway registers of the National Health Insurance Fund (NHIF).

Travail et santé

Occupational Health

Évaluation des effets des horaires atypiques de travail - autres que le travail de nuit - sur la santé et la vie sociale et familiale : Avis de l'Anses

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE

2026

Maisons-Alfort, Anses

https://www.anses.fr/system/files/AP-2011-SA-0088-RA.pdf

De nombreux travailleurs sont concernés par le travail en horaires dits « atypiques », c'est-à-dire des horaires longs, décalés ou durant le week-end. Selon les scénarios retenus, entre 55 % et 75 % des travailleurs en France sont concernés par au moins une forme d'horaire atypique selon l'expertise de l'Anses. Dans son avis publié en septembre 2026, l'Agence met en lumière leurs effets sur la santé et la vie sociale et familiale et appelle, en conséquence, à limiter le recours régulier aux horaires atypiques ou, quand il ne peut être évité, à mieux préparer et encadrer leur mise en place. Les employeurs sont notamment appelés à expliciter et à peser les avantages et les inconvénients du recours aux horaires atypiques. En effet, au-delà de la prise en compte des effets de ces horaires sur la santé, l'Agence estime que cette réflexion doit dépasser le seul cadre de l'entreprise pour prendre en compte l'impact de cette organisation sur l'ensemble de la société : surcoûts supportés par la collectivité, surconsommation d'énergie, accès aux services publics notamment de transport, etc.

Parcours de soins des personnes souffrant d'un syndrome du canal carpien en France et recours au système de reconnaissance en maladie professionnelle : Résultats issus des éditions 2020 et 2021 du Baromètre de Santé publique France

BRIERE, J. ET FOUQUET, N.

2026

Saint-Maurice, Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/cadic_files/documents/spf00006838.pdf

Cette étude permet de documenter les parcours de soins des personnes souffrant d'un syndrome du canal carpien en France hexagonale et le processus de déclaration ou non en maladie professionnelle. Concernant les parcours de soins, certains résultats tels que le non-recoursaux soins par exemple nécessiteraient une exploration complémentaire. Concernant la déclaration en maladie professionnelle, il est recommandé de renforcer la formation des médecins généralistes sur les maladies professionnelles et de poursuivre les campagnes d'information du grand public relatives aux troubles musculo-squelettiques (TMS).

Does Stricter Disability Screening Lead to Improved Targeting on Long-term Health and Employment Outcomes?

CAMPANA, C., KONING, P. ET LINDEBOOM, M.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18799

https://docs.iza.org/dp18799.pdf

While evidence points at potentially strong effects of stricter screening and tightening eligibility criteria for Disability Insurance (DI), little is known about their targeting effects: are screened-out workers also those with better future health and more ability to work? To shed light on this, we employ Regression-Discontinuity-in-Time regressions that compare the long-term outcomes of DI application cohorts just before and after a reform in the Netherlands. The reform led to stricter screening in the sickness period before DI application and reduced the number of applicants by 33%. Up to 18 years after application, we find persistently lower survival rates and lower employment rates of post-reform cohorts. Using detailed information on the future chronic diseases of these cohorts and the application diagnoses, we next

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

COWAN, B.W. ET SPEARING, J.M.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34914

https://www.nber.org/papers/w34914

The large increase in remote work since 2020 has prompted concerns about adverse effects on population loneliness and mental health. We show that any

such adverse effects were transitory, in a UK context. We use panel data from UKHLS and differences-in-differences estimators that flexibly control for a rich set of covariates to compare changes in key variables amongst two groups: those who worked in teleworkable occupations in 2019, and those who worked in non-teleworkable occupations in 2019. While the former experience large and persistent increases in their probability of working remotely compared to the latter, adverse relative changes in self-reported loneliness or adverse mental health symptoms during the pandemic had disappeared by the year 2023.

The Labor Market Impacts of GLP-1s

DAYSAL, N.M., FREDRICKSON, C.J.H., KRISTIANSEN, L.L., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35475

https://www.nber.org/papers/w35475

We estimate the causal impacts of GLP-1 treatment on labor market outcomes using linked Danish administrative data and a matched stacked difference-in-differences design. We compare patients who initiate GLP-1 treatment during the first two years of Semaglutide availability to observably similar patients who initiate four years later. We find that GLP-1 treatment reduces long-term sickness leave by 17.3%. We estimate total fiscal benefits of GLP-1 initiation of approximately 1.3–1.5% of annual labor income per employed individual. We do not detect statistically significant or economically meaningful impacts on income, labor force participation, or employment over four years.

Quelles évolutions des conditions de travail et des risques psychosociaux depuis 2016 ?

GIRAULT, C.

2026

Dares Analyses (37).

https://www.dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quelles-evolutions-des-conditions-de-travail-et-des-risques-psychosociaux-depuis-2016

Entre 2016 et 2024, les contraintes physiques évoluent peu et concernent encore quatre salariés sur dix. *A contrario*, pour la première fois depuis qu'elle est mesurée – à partir des années 1980 –, l'intensité du travail diminue. De plus, les salariés font globalement état de meilleures relations de travail, de plus faibles exigences émotionnelles et d'un sentiment accru de pouvoir réaliser un travail de qualité. Pour autant, ces améliorations ne profitent guère aux employés peu qualifiés, pour lesquels le travail s'intensifie, l'autonomie régresse et les comportements hostiles sont en hausse. Alors que les expositions aux risques psychosociaux et physiques reculent en moyenne, davantage de salariés déclarent ne pas se sentir capables de faire le même travail jusqu'à la retraite.

Measuring the Value of Disability Insurance from Take-Up Decisions

HALLER, A. ET STAUBLI, S.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35438

https://www.nber.org/papers/w35438

The central trade-off for designing Disability Insurance (DI) is between providing insurance to those in need while maintaining incentives to work. This paper develops a novel revealed-preference approach to identify the insurance value of DI benefits. We show that comparing the DI take-up response to a change in benefits versus a change in wages identifies the insurance value. Implementing our framework in Canada, we estimate that increasing DI benefits by $1 creates an additional disincentive cost of $0.60 but creates an insurance value of $2.20. Thus, our approach suggests that DI benefits are not overly generous in the Canadian context.

Measuring Occupational Health Inequality in the US, 2008-Present

JOLIVET, G. ET POSTEL-VINAY, F.

2026

Bristol, University of Bristol Bristol Economics Discussion Paper 26/845

https://econpapers.repec.org/paper/briuobdis/26_2f845.htm

We combine data from O*NET and the CPS to analyze changes in the distribution of job health contents in the United States over the past 18 years. We find that the labor market has been moving toward more stressful and psychologically demanding jobs but also toward jobs with more decision latitude. These changes occurred mostly within occupations, rather than resulting from worker reallocation across occupations. Using the structure of a generic job search model, we estimate workers' Marginal Willingness to Pay (MWP) for various job health attributes over time. We uncover significantly negative preferences for psychological

demands from the mid-2010s onwards. At the same time, we find that workers increasingly value decision latitude over time. We use our structural estimates to document the role of occupational health in the dynamics of welfare inequalities across workers as well as between men and women.

▶ The Economics of Paid Sick Leave

PICHLER, S., PRINZ, C., THEWISSEN, S., *et al.*

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18853

https://docs.iza.org/dp18853.pdf

This article examines the economics of paid sick leave from both theoretical and empirical perspectives. Research on paid sick leave has evolved dynamically over the last decade, primarily driven by the spread of U.S. sick pay mandates, which have increased paid sick leave access from 63 percent to 77 percent in all U.S. jobs. We begin by discussing the economic rationales for government regulation of paid sick leave, particularly the negative externalities associated with contagious diseases when individuals work while sick. After that, we discuss the key trade-offs in the general design of paid sick leave schemes, along with the trade-offs when setting specific policy parameters. Finally, we review economic modeling approaches to study optimal paid sick leave policies.

▶ The Impact of the Pandemic on Health-Related Inactivity and Benefit Claims

PORTES, J., SAVOLAINEN, R. ET VALLIS, D.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18854

https://docs.iza.org/dp18854.pdf

We analyse whether the post-pandemic rise in health-related economic inactivity and benefit receipt in the United Kingdom was disproportionately concentrated among working-age adults classified as clinically vulnerable to COVID-19. Using longitudinal data from the UK Household Longitudinal Study, linked to the Understanding Society COVID-19 Study, we treat pre-existing vulnerability as a marker of differential exposure to the consequences of the pandemic. We combine coarsened exact matching with pooled pre/post and two-way fixed-effects difference-in-differences specifications. The main estimates indicate clinically vulnerable individuals were 1.3–2.1 percentage points more likely to become inactive because of long-term sickness after 2020. Relative to pre-pandemic rates, this corresponds to an increase of 20–40 per cent. Triple differences estimates are positive but imprecisely. We find no robust evidence of disproportionate increases in disability or incapacity benefit receipt. This suggests persistent relative deterioration in labour-market participation among clinically vulnerable individuals. The weaker relationship with benefit receipt suggests that institutional processes and programme design also play a major role.

▶ Government Involvement in a Mandated Insurance Market: The Case of Workers' Compensation Insurance

WELCH, T.Q.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6345778

I exploit the formation in the 1990s of state entities that provide health and disability insurance for work-related injuries and illnesses (workers' compensation) in competition with the private market. We can think of these entities as "public options," similar to those discussed in health care. By investigating the effects of these formations on insurer competition and underwriting performance, I offer insight on the debate about the merits of public options. I find that the introduction of public options increased market concentration overall, with public options gaining significant market share. Aggregate underwriting profitability appears to improve following the formation of public options, but this was largely driven by cuts in legislated benefit levels, rather than the public options themselves. I also document that the public options tend to charge higher prices, which may help to achieve the goal of stabilizing the private market through market segmentation.

Vieillissement

Ageing

Mobilités professionnelles, salaires et fin de carrière

ALAIS, C. ET SOKHNA, N.P.

2026

Montrouge, I.N.S.E.E.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/9041706

Quelles sont les spécificités des travailleurs seniors en matière de transitions professionnelles ? À partir de la Base Tous Salariés, nous décomposons les transitions professionnelles selon qu'elles impliquent un changement de profession et/ou d'employeur. En France hors Mayotte, entre 2021 et 2022, 13,1% des salariés du secteur privé ont changé d'entreprise. Parmi eux, 3,9 % ont conservé la même catégorie socioprofessionnelle (PCS), tandis que 9,2 % ont changé de PCS. Ces mobilités diminuent fortement avec l'âge : 85,4 % des salariés âgés entre 55 et 59 ans sont toujours dans la même entreprise un an plus tard, contre 73,4 % des salariés âgés de 30 à 35 ans. À caractéristiques comparables, les salariés âgés de 55 à 59 ans sont 30% moins susceptibles que ceux âgés de 40 à 49 ans de changer d'employeur. Les gains salariaux généralement associés à la mobilité sont également plus faibles pour les séniors. Plus de la moitié des salariés de 55 ans ou plus qui changent d'entreprise subissent une perte en salaire horaire : celle-ci atteint en moyenne -0,6 % pour les 55-59 ans et -4,6 % pour les 60 ans ou plus. Les pertes salariales sont encore plus marquées lorsque la mobilité s'accompagne d'un changement de profession. Nos résultats montrent que, jusqu'à 59 ans, les transitions professionnelles observées chez les travailleurs seniors sont probablement moins volontaires. En outre, avec l'âge, les changements de profession deviennent plus rares : lorsqu'ils changent d'employeur, les salariés tendent davantage à conserver la même profession ou à se diriger vers des professions proches de leur emploi initial en termes de compétences requises, plutôt que vers des professions mieux rémunérées. Enfin, les travailleurs de plus de 55 ans sont plus susceptibles de passer et de rester à temps partiel : cette situation concerne 28,4 % des, 55-59 ans et45 % des 60 ans ou plus, contre 19,1 % des salariés âgés de 30 à 54 ans.

Does Information Influence the Choice between Social Security Disability and Early Retirement Benefits?

ANAND, P., TRAN THI, P.D. ET SITA, S.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35748

https://www.nber.org/papers/w35748

We examine how information affects the choice between Social Security Disability Insurance (DI) and Old-Age Insurance (OAI) benefits for people between 62 and full retirement age. We find that receiving an initial Social Security statement, which provides recipients with personalized estimated benefit amounts available from DI and OAI, increases the probability of applying for both programs among those with a work-limiting health condition or a low work ability index, and this response is concentrated among people who are further from full retirement age. The increase in DI applications is split between applications for DI only and applications for both programs.

Preference Heterogeneity versus Economic Incentives: What Determines Long-Term Care Arrangements in Europe?

BARCZYK, D. ET KOH, Y.K.

2026

Rochester, S.S.R.N.

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

Care arrangements vary widely across families and countries. To understand why, we develop a tractable static bargaining model of family long-term-care choices and estimate it using European data. Families choose among child-provided informal care, including which child becomes the caregiver, formal home care, mixed care, and nursing home care, taking into account both monetary costs and heterogeneous non-monetary preferences over care arrangements. Preference heterogeneity strongly dampens policy responsiveness: without it, a 20% subsidy to nursing-home and formal-home-care costs raises the use of formal care by 7.5%, compared with only 4.0% in the baseline model. Cross-country differences in care arrangements are shaped more by non-monetary factors than by formal-care

prices. Looking ahead, the model predicts a substantial increase in demand for formal care by 2050, driven by a declining ratio of adult children to elderly parents, with the largest increases in countries where informal care is currently predominant.

Cognitive Aging and Long-Term Care in Italy

BRUGIAVINI, A., CARRINO, L. ET MORONI, G.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35441

http://www.nber.org/papers/w35441

This chapter examines the incidence and economic burden of cognitive impairment among older individuals in Italy within the long-term care (LTC) system. Using SHARE Wave 9 data (2022), cognitive impairment is measured through standardized memory and numeracy tests, classifying 8.6% of individuals aged 65+ as cognitively impaired. Cognitive decline rises sharply with age and is strongly associated with higher care needs, particularly intensive formal care. While both physically and cognitively impaired individuals rely heavily on informal care, cognitively impaired individuals receive substantially more hours of care. Total LTC costs amount to $35.3 billion (1.66% of GDP), with cognitively impaired individuals accounting for the largest share of expenditures. Informal care represents a greater financial burden than formal care across all groups. The findings highlight significant unmet care needs and underscore the urgent necessity of policy reforms and healthy ageing strategies to ensure LTC sustainability.

How to Reform US Long-term Care

BRAUN, R.A. ET KOPECKY, K.A.

2026

Tokyo, The Canon Institute for Global Studies CIGS Working Paper 26-012E

https://cigs.canon/en/uploads/2026/08/WP26-012E_Brawn_260731.pdf

Long-term care is costly. About 45 percent of 65-year-old Americans will require formal long-term care assistance during their lifetime and one in twelve will incur out-of-pocket expenses of $200, 000 or more. Surprisingly, only 10 percent of retirees have private long-term care insurance. We use a quantitative structural model to show that an obstacle to increasing coverage is disagreement across the income distribution: scaling back Medicaid expands the private market and benefits the affluent but imposes large welfare losses on the poor, while universal public insurance does the opposite. We then show that making Medicaid the primary rather than the secondary payer of long term care costs, while retaining its means tests, raises welfare for nearly all Americans. Private insurers respond by offering smaller, more profitable policies, and total coverage against long-term care risk rises with only a modest increase in public expenditures.

CNSA : rapport annuel 2025

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2026

Paris, C.N.S.A.

https://www.cnsa.fr/publications/rapport-annuel

Le présent rapport présente l'activité de la branche Autonomie de la Sécurité sociale en 2025. La branche Autonomie a franchi une étape décisive dans sa structuration et son ancrage territorial. Face à une population vieillissante, à la hausse continue des demandes adressées aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et aux attentes des aidants, l'accès effectif aux droits reste une priorité.

Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France - Quatrième édition 2026

CENTRE NATIONAL DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE

2026

Paris, C.N.S.P.F.V.

https://www.parlons-fin-de-vie.fr/atlas-2026-des-soins-palliatifs-et-de-la-fin-de-vie-les-chiffres-nationaux-et-regionaux/

L'Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie est un document de référence qui présente l'offre de soins palliatifs en France à partir de données nationales. Il décrit les dispositifs de prise en charge, met en évidence les disparités régionales d'accès aux soins et analyse les parcours des patients en fin de vie. Destiné aux professionnels, aux décideurs publics et aux citoyens, il s'appuie sur les données de plusieurs institutions nationales (ATIH, ARS, CépiDc, Drees, Insee).

Avoiding Regulation: Evidence from Nursing Homes

CHENG, A. ET LEAGUE, R.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35849

https://www.nber.org/papers/w35849

We study strategic responses by firms to threshold-based regulations. We document extensive bunching in response to additional staffing requirements for California nursing homes with at least 100 beds. To estimate the regulation's effect on staffing, we develop a novel treatment effects estimator for threshold-based regulations under precise manipulation, by decomposing firms into response types based on counterfactual and realized staffing and size, separating causal effects from selection. We estimate that higher staffing above the threshold is nearly entirely due to selection, with low-staffing facilities manipulating their size to avoid the regulation. These size distortions limit access, particularly for disadvantaged patients.

La réforme des services autonomie à domicile : Un pragmatisme nécessaire devant l'urgence démographique

COUR DES COMPTES

2026

Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-reforme-des-services-autonomie-domicile

Saisie par le président de la commission des affaires sociales du Senat, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a examiné la réforme des services autonomie à domicile. Cette réforme vise à rapprocher les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), afin de mieux coordonner l'aide et les soins apports aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap. Elle intervient dans un contexte d'urgence démographique : le nombre de personnes à domicile ayant besoin d'une aide à l'autonomie devrait passer de 1,49 million en 2025 à 1,85 million en 2035, tandis que les dépenses publiques engagées pour l'aide et les soins à domicile atteignent déjà au moins 16,1 Md. Si les finalités de la réforme font largement consensus, ses modalités techniques apparaissent inadaptées aux réalités du secteur et des territoires, en particulier l'obligation de constituer, à terme, une entité juridique unique intervenant sur un territoire unique. Les juridictions financières recommandent en conséquence d'adopter une démarche pragmatique, centre sur les résultats obtenus auprès des usagers plutôt que sur la seule forme juridique des services en formulant dix recommandations.

Left behind: Long-term care gaps and healthcare access in later life

DI NOVI, C.

2026

York, H.E.D.G. HEDG Working Paper 26/09

https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/2026/2609.pdf

Abstract: Population ageing and declining availability of informal care are increasing unmet long- term care (LTC) needs across Europe. While previous studies document associations between unmet LTC needs and adverse health outcomes, evidence on their relationship with healthcare access remains limited. This paper examines the relationship between unmet LTC needs and healthcare access among older Europeans, conceptualising LTC as an enabling input that supports daily activities, instrumental tasks, and mobility. Using data from Waves 8 and 9 of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), combined with both waves of the SHARE Corona Survey, I focus on individuals aged 65 and over with functional limitations. To address potential endogeneity, I use an instrumental-variable strategy based on variation in informal care availability. The IV estimates suggest that unmet LTC needs are associated with substantially lower use of healthcare services, consistent with potential spill over effects from LTC provision into the healthcare system. These findings suggest that strengthening LTC services may improve equity in healthcare access and help prevent delayed treatment and avoidable health deterioration that ultimately increases pressure on healthcare systems.

Les émissions de CO2 liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

DUTRONC-POSTEL, P., ROY, D. ET SUKHDEO, T.

2026

Paris, I.P.P. Note IPP 128

https://www.ipp.eu/publication/les-emissions-de-co2-liees-a-la-prise-en-charge-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees/

Dans le contexte actuel de vieillissement rapide de la population, les politiques publiques doivent anticiper l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie et de leur part dans la population. Cet accroissement, plus ou moins marqué selon les scénarios épidémiologiques mais qui semble inéluctable sauf révolution thérapeutique, pose en effet des questions majeures : quelle part des ressources communes souhaitons-nous allouer au soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie ? Comment juger de la pertinence des différentes options de politiques publiques ? En France, le choix a été fait de privilégier le maintien à domicile des personnes âgées, choix que l'on a dénommé « virage domiciliaire » par analogie avec le « virage ambulatoire » dans le domaine sanitaire. L'IPP a déjà consacré plusieurs travaux aux implications de cette orientation, notamment une note sur son coût pour les finances publiques à l'horizon 2040 (Carrère *et al.*, 2023 ; Mendras, 2023). Cette note intègre une dimension de l'arbitrage laissée de côté jusqu'ici : la dimension environnementale. Elle s'inscrit dans l'objectif plus global de l'IPP de systématiser la prise en compte des enjeux environnementaux dans l'évaluation des politiques publiques.

▶ Alternatives et aval des urgences : ou comment le système de sante peut-il prendre le virage du vieillissement de la population et des polypathologies

EL BEKI, S., LAIGNEL, L., MIMOZ, O., *et al.*

2026

Paris, Ministère chargé de la Santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-mission-aval-alternatives-aux-urgences.pdf

Ce rapport montre que la saturation des urgences reflète surtout les faiblesses globales du système de santé face au vieillissement et aux maladies chroniques. Les personnes âgées polypathologiques sont particulièrement concernées, faute de prévention, de coordination et de réponses rapides à domicile ou en EHPAD. Les difficultés proviennent aussi du manque de solutions d'aval : lits, soins de suite, aide à domicile, HAD et établissements médico-sociaux. Le rapport propose de faire des parcours des personnes âgées une priorité, avec un projet territorial réunissant ville, hôpital et médico-social. Les CPTS, DAC et établissements hospitaliers doivent mieux coordonner les parcours complexes et partager les informations. Il recommande de développer les alternatives aux urgences : Samu-SAS, réorientation, admissions directes, équipes mobiles et hospitalisation à domicile. Les hôpitaux doivent renforcer la médecine polyvalente et la gériatrie pour mieux accueillir les patients non programmés et complexes. Des mesures spécifiques sont prévues pour la pédiatrie et la psychiatrie, notamment la régulation et les parcours après crise. La gestion des lits, les sorties d'hospitalisation et les cellules d'ordonnancement doivent être généralisées pour fluidifier les parcours. Enfin, les financements doivent mieux tenir compte de l'âge, des polypathologies et des actions qui évitent les hospitalisations.

▶ Long-Run Intergenerational Effects of Social Security

FETTER, D.K. ET LOCKWOOD, L.M.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35456

http://www.nber.org/papers/w35456

Both historically and today, support of aging parents has largely taken the form of in-kind transfers that require physical proximity, such as housing and caregiving. If Social Security substitutes for such support, it can relax constraints on where recipients' children live and work. We investigate the long-run intergenerational effects of the early Social Security program, exploiting within-occupation, cross-industry differences in coverage and a new dataset linking parents to their children's later-life outcomes. We find that sons whose parents had greater predicted coverage moved farther from their childhood homes, earned more, and lived in better neighborhoods late in life. We find no such effects for daughters, who tended to provide forms of support less easily replaced by Social Security. The gains considerably exceeded the associated Social Security benefits for the average family, with migration to better-matched labor markets a likely key driver. We propose that the early program enabled families to realize gains from migration that were back-loaded, uncertain, and difficult to contract on.

▶ The Supply-Side Effect of Immigration on Prices : Evidence from Nursing Homes

HAAN, P., SCHMIEDER, J. ET WNUK-SOARES, I.

2026

Berlin, D.I.W. DIW Berlin Discussion Paper 2177

https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.1017571.de/dp2177.pdf

We study how immigration affects prices through

changes in labor supply. Using policy-driven increases in immigration to Germany and administrative data covering the universe of nursing homes, we find that one additional foreign-born woman per 100 residents reduces nursing-home care prices by 2.6 percent. The price effects are concentrated in more competitive markets. Examining potential mechanisms, we find that immigration lowers labor costs as nursing homes shift toward lower-paid foreign-born workers. We find no evidence of declines in inspection-based measures of quality or of scale effects. Finally, immigration increases the use of informal care, potentially strengthening competitive pressure from the broader care market.

▶ Understanding the incidence of long-term care costs for older people under the English charging system and previously planned reforms

HANCOCK, R., HU, B., WITTENBERG, R., *et al.*

2026

Londres, L.S.E.

https://researchonline.lse.ac.uk/id/eprint/141077/

This report, prepared by the LSE Care Policy and Evaluation Centre for the Joseph Rowntree Foundation, examines how England's long-term care charging system distributes costs among older people, local authorities and the NHS. Using linked simulation models, it assesses how care costs are divided between individuals, local authorities and the NHS, with particular attention to whether the system is progressive. The analysis finds that homeownership and partnership status are crucial to understanding people's exposure to costs. Although non-homeowners generally have lower incomes and savings, many low-income older people own their homes and may therefore be excluded from state support for care-home costs. Even people who qualify for local authority funding can face substantial contributions, while the capital thresholds create sharp cut-off points that make wealth more influential than income in determining who pays. In 2023, total public and private expenditure on long-term care for older people was estimated at £27.7 billion. Individuals accounted for 47% of this through self-funding and charges for local authority-supported care, while public expenditure accounted for 53%. Private contributions represented a greater share of residential care spending than community care spending. The report also finds that the value of a person's home has a much stronger effect on funding for care homes, where it may be included in the means test, than for community care, where it is disregarded. It further models reforms previously planned but not implemented, combining higher capital limits with an £86,000 lifetime cap on eligible care costs. Together, these reforms are projected to increase net public expenditure by £4.3 billion in 2033 and £6.3 billion in 2043, in 2023 prices. Although the reforms would generally provide greater benefits to people with more income or wealth, they would also deliver substantial gains to some unpartnered, low-income homeowners with modest housing wealth. The findings underline the importance of considering income, savings, housing wealth, homeownership and partnership status together when designing a fairer long-term care funding system.

▶ Des lieux de vie et d'attentions pour aujourd'hui et demain : Une vision et un chemin pour la transformation de tous les Ehpad

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

2026

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

https://hcfea.gouv.fr/des-lieux-de-vie-et-dattentions-pour-aujourdhui-et-demain

Face à l'arrivée des générations du baby-boom aux âges de forts besoins d'aides à l'autonomie, le Conseil de l'âge appelle à transformer en profondeur le modèle des Ehpad vers un nouveau modèle d'établissement domicile attentionnés (« Maison 'âge »), conciliant davantage qualité de vie, soins, autonomie, lien social et ouverture sur la cité. Principales présente les principales notions et pratiques liées au maisonnage, incluant l'entretien, la rénovation et l'amélioration des logements, avec un accent sur la planification, la sécurité et la conformité réglementaire.

▶ Longévité en santé : Prévenir pour mieux vieillir

INSTITUT MONTAIGNE

2026

Paris, Institut Montaigne

https://institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport-longevite-en-sante-prevenir-pour-mieux-vieillir.pdf

Pour la première fois dans notre histoire, les plus de 60 ans sont désormais plus nombreux en France que les moins de 18 ans et notre pays est aujourd'hui confronté

à une augmentation de l'âge moyen de sa population. Or cette évolution démographique est marquée par une stagnation de l'espérance de vie en bonne santé et par la multiplication des situations de perte d'autonomie. L'augmentation considérable de la demande de prise en charge en santé met le système actuel sous tension et l'expose à une très forte augmentation des dépenses publiques d'autonomie. Alors que la transition démographique s'accélère, il est grand temps, à moins d'un an de l'élection présidentielle, de réinterroger les politiques de santé et du grand âge en France.

To differentiate between the elderly and the disabled persons in long-term care or not? A comparative analysis of legal regulation in Finland, France, Germany, Japan and Spain

KOTKAS, T., MARTIN, P., NAGANO, H., *et al.*

2026

Paris, H.A.L. Open science

https://hal.science/hal-05701847v1/document

It is not uncommon that a country's social welfare system includes separate long-term care schemes for the elderly and for the disabled persons. Often, the separation is based on an age criterion, i.e. if disability is only acquired after certain age, the person is not eligible for special long-term care services for the disabled. However, age-related criteria are problematic on the basis of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The exclusion of a person from special services simply based on their age violates the principle of non-discrimination. At the same time, as the proportion of elderly population in many countries has risen drastically, it is not necessarily financially realistic to assume that the elderly should have the equal right to special disability services which are often free-of-charge or with lower co-payments. This article analyses the policies in five countries whose aim is to solve the discrepancy between the non-discrimination principle and financial sustainability on long-term care schemes. It is argued that despite the different policy choices aimed at tackling the problem of economic sustainability of long-term care schemes, almost all countries are nevertheless still forced to resort to some kind of age criteria.

How do countries compare in their design of long-term care provision?

LLENA-NOZAL, A., BARSZCZEWSKI, B. ET RAUET-TEJEDA, J.

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 182

https://www.oecd.org/en/publications/how-do-countries-compare-in-their-design-of-long-term-care-provision_44f5453a-en.html

Models and approaches to long-term care provision vary greatly across OECD countries. This paper reviews existing classifications in the literature and provides a new, comprehensive typology based on five key dimensions: access, availability, funding, governance, and quality. Using a clustering methodology, countries are grouped according to their score across these dimensions, resulting in four distinct long-term care system types. The first cluster includes countries with comprehensive, well-governed, and decentralised long-term care systems that are affordable, offer broad coverage, support family carers, rely on public providers and ensure high quality standards. The second cluster shares many of these features but tends to be more centralised, slightly less generous, more reliant on the private sector, and less likely to use means-testing to restrict access. The third cluster consists of countries with decentralised long-term care systems, characterised by stricter eligibility criteria, fewer public resources, and greater reliance on informal carers. Finally, the fourth cluster comprises countries where public long-term care systems tend to provide limited access and financial support, rely heavily on families, and show weaker quality standards and outcomes.

Un aidant à la vie quotidienne sur trois exprime un besoin de répit, non satisfait pour la moitié d'entre eux

MARTEAU, B.

2026

Études et résultats (Drees) (1387)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260929-aidants-vie-quotidienne-besoin-repit-non-satisfait

Cette étude analyse le besoin de répit des 5,9 millions de proches aidants qui apportent une aide à la vie quotidienne de leur proche vivant en logement ordinaire en s'appuyant sur les données du volet Aidants de l'enquête Autonomie-Ménages. Cette étude s'inscrit dans une série de travaux récents de la Drees sur

les proches aidants, qui mettent en lumière les enjeux liés à l'investissement important que représente l'aide apportée à un proche. Ils montrent que les aidants les plus fortement mobilisés expriment plus souvent un besoin de répit et qu'une implication importante dans l'aide peut également être associée à une moins bonne santé, notamment mentale.

Supplemental Medicare Insurance Coverage for Older Adults with Probable Dementia

MCINERNEY, M., MORENO, L. ET MELLOR, J.M.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35606

https://www.nber.org/papers/w35606

In this paper, we compare supplemental Medicare insurance coverage among people with probable dementia (PWPD) and matched controls, before and after onset. This retrospective secondary data analysis of insurance coverage changes using propensity score weights and the 2000-2016 Health and Retirement Study (HRS). The sample consists of 3,001 Medicare-enrolled adults age 65 and older with PWPD, and 14,055 controls. Probable dementia is assessed with the Langa-Weir approach and interviewer assessments for proxy interviews. Four years before onset, PWPD become more likely to have Medicare without supplemental coverage (2.97 percentage points; p=0.0016) than matched controls. This reflects the net effect of PWPD being less likely to have Medicare Advantage or traditional Medicare with supplemental coverage, and more likely to have Medicaid. Two years before onset, PWPD were more likely to be Medicaid-eligible (4.95 percentage points, p<0.001), but take-up rates were comparable. Enrollment assistance may improve supplemental coverage for PWPD around dementia onset, potentially increasing financial access to care.

Proches aidants en Europe : un état de santé moins favorable chez les personnes consacrant davantage de temps à l'aide

MIKOU, M. ET VERHAGEN, A.L.

2026

Études et résultats (Drees) (1386)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-09/ER%201386_Sant%C3%A9_proches_aidants_0.pdf

La Drees publie une étude sur l'état de santé des proches aidants. Cette étude, en collaboration avec l'Institut des Politiques Publiques (IPP), observe l'état de santé des proches aidants en Europe, à partir des données de l'enquête européenne sur la santé (EHIS). Ces résultats s'inscrivent dans une série de travaux récents de la Drees sur les proches aidants, qui mettent en lumière les enjeux liés à l'investissement important que représente l'aide apportée à un proche. Ils montrent que les aidants les plus fortement mobilisés expriment plus souvent un besoin de répit et qu'une implication importante dans l'aide peut également être associée à une moins bonne santé, notamment mentale.

Analyse des déclarations d'EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

MISRAHI-GUILLAUME, L., LE GUEN, N., LEGRIS, C., *et al.*

2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4126767/fr/analyse-des-declarations-d-eigs-en-lien-avec-les-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad

La HAS a analysé les déclarations issues de la base nationale des EIGS survenus chez des patients en fin de vie depuis la création du dispositif national, en 2017. Cette analyse permet, d'une part, de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles surviennent des évènements graves au cours d'une période marquée par des enjeux cliniques, éthiques et organisationnelles majeurs. Elle permet, d'autre part, d'identifier des défaillances potentiellement évitables, des facteurs contributifs récurrents et des leviers d'amélioration susceptibles de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge, au bénéfice des patients, de leurs proches et des professionnels.

Garantir la qualité et l'efficience de la prise en charge de la dépendance

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

In : [Études économiques de l'OCDE : France 2026] Paris, O.C.D.E : 63-85

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2026/06/oecd-economic-surveys-france-2026_9d9a60a5/65cc698e-fr.pdf

La France rencontre déjà des difficultés pour assurer une prise en charge de qualité de la dépendance, notamment à domicile, et le vieillissement de la population risque d'accentuer ces problèmes. Pour y faire face, il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail des professionnels, de soutenir les aidants informels et de garantir un accès plus équitable aux services. Le renforcement de la prévention et un meilleur ciblage des aides publiques permettraient de limiter les coûts, de réduire les risques de pauvreté et de soutenir l'économie.

▶ Severe Cognitive Impairments and Long-term Care in Germany

PERDRIX, E., BORSCH-SUPAN, A. ET GEYER, J.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35469

http://www.nber.org/papers/w35469

Germany experiences an increase in LTC recipients, due to population ageing but also to reforms which made LTC benefits easier accessible for individuals with cognitive impairments. Previous studies documented the cost of long-term care, and how it evolved. However, less is known about the specific case of elderly people suffering from cognitive impairment. Thus, we measure the economic costs of cognitive impairment, which include extensive medical, nursing care and at-home long-term care. We use the SHARE, the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe, Wave 9. We observe 4% of elderly people living at home with severe cognitive impairment (SCI) (Langa et al. (2017) definition). These individuals are 30% more likely to receive any care, and obtain on average 6 more hours of formal care and 6 more hours of informal care per week. The main driver is not the cognitive impairment per-se but the limitation in activities of daily living (ADLs) which SCI leads to. Thus, once controlling for ADLs, SCI does not explain any additional probability to use care. However, because people with SCI are more likely to have ADLs, the annual cost of their care is estimated to 10,000 euros per year per individual on average.

▶ France 2035, France 2050 - *Focus* Démographie et société(s) : repenser les solidarités dans une France vieillissante

TOMASINI, M., BOINET, C. ET DESAUNETTES, C.

2026

Paris, Haut-Commissariat au Plan

https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/france-2035-france-2050-focus-demographie-et-societes-repenser-les-solidarites-dans

La population ne va pas s'effondrer, mais sa structure va profondément changer : moins de jeunes, davantage de personnes très âgées, et des besoins qui se recomposent selon les territoires. Derrière ces évolutions se pose une question centrale : comment adapter notre modèle social et nos solidarités à une France vieillissante ? Ce *Focus* montre que l'enjeu n'est pas seulement démographique : il tient au déplacement des besoins collectifs et aux nouveaux équilibres à trouver entre générations et territoires. Il met en lumière les choix à engager dès aujourd'hui pour préserver les solidarités dans une France plus âgée et plus diverse.

▶ Grand âge, gestion du risque de dépendance et accumulation du capital

THIBAULT, E. ET PESTIEAU, P.

2026

Toulouse, T.S.E. TSE Working Paper 1765

https://www.tse-fr.eu/fr/publications/document-travail/grand-age-gestion-du-risque-dependance-accumulation-du-capital

Le vieillissement ne conduit pas seulement à vivre plus longtemps : il expose aussi les individus au risque d'une perte d'autonomie (dépendance) qui peut s'avérer coûteuse. L'étude de trois modèles à générations imbriquées nous permet de montrer combien ce risque peut modifier profondément les comportements d'épargne, d'assurances et, par ricochet, l'accumulation du capital. Selon le rôle respectif de l'État, du marché et de la famille, une hausse du capital peut traduire aussi bien une meilleure préparation au grand âge qu'une épargne défensive face à une dépendance imparfaitement couverte.

Ageing in which place? Spatial analytical framework for evaluating ageing-in-place practices

TU, Y., WANG, Y.P., YANG, Y., *et al.*

2026

New York, arXiv

https://arxiv.org/pdf/2607.17649

Over the past decade, governments around the world have made significant investments in creating elderly-friendly urban environments within local neighborhoods. However, the lack of a standardized evaluation framework for Ageing-in-Place (AIP) practices makes it challenging to generalize these experiences. First, we compare the AIP models of the U.S.- San Francisco, Japan-Tokyo, and Singapore using a cost-benefit analysis, demonstrating the comparative advantage of the Singapore model in terms of low cost and high accessibility for the independent ageing population. Second, we propose a spatial analytics framework to visualize and quantify the degree of alignment between a basket of ageing facilities and the active ageing population, enabling a data-driven, timely evaluation of the effectiveness of Singapore's AIP policies. Singapore's AIP model, either in its entirety or as a hybrid with other models, can be generalized to other global cities, providing valuable insights for optimal elderly-friendly urban planning.

Assisted Living Facilities: Information on Federal Spending and Medicaid Coverage

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE

2026

Washington, G.A.O.

https://www.gao.gov/assets/gao-26-107884.pdf

Millions of older adults and people with disabilities need long-term care, which can be provided in a range of settings, including assisted living facilities. While most assisted living facility residents pay for their care using their own personal resources, federal programs including Medicaid cover certain services provided in assisted living facilities for those eligible. GAO was asked to provide information on federal program coverage of and spending for services provided in assisted living facilities. Among other things, this report describes (1) federal spending for services provided in assisted living facilities and (2) state Medicaid coverage of assisted living services. GAO analyzed Medicaid and Medicare claims data from 2024, the most recent year of data available, reviewed program documentation for other federal programs, and reviewed documents for state Medicaid programs covering assisted living services.

The Pandemic's Long Shadow: Persistent Nursing Home Aversion across Sociodemographic Groups

ZOHAIB, S., ACHOU, B., DE DONDER, P., *et al.*

2026

Toulouse, T.S.E. TSE Working Paper 1763

https://econpapers.repec.org/paper/halwpaper/hal-05522945.htm

This paper examines whether the changes in long-term care (LTC) preferences, saving behavior, and policy attitudes observed during the COVID-19 pandemic have persisted in the post-pandemic period. Using new survey data collected in 2023 from a representative sample of working-age individuals in Ontario and Québec, we compare responses to those obtained during the first phase of the pandemic in 2020. We document that nursing-home aversion remains widespread several years after the crisis and continues to shape economic behavior and policy preferences. Individuals who are more averse to nursing homes are significantly more likely to plan to increase saving for old age and to support public subsidies for home care. These relationships are robust across demographic and socioeconomic groups, indicating that the effects are not confined to specific subpopulations. Overall, our findings suggest that the pandemic has led to persistent changes in preferences with important implications for LTC financing and policy design. In particular, the continued mismatch between household preferences and the current emphasis on institutional care highlights the need to reassess the allocation of public resources toward home-based care.

Index des auteurs
Author index

A

Abe, T. 29
Aburto Barrera, L.I. 16
Achou, B. 58
Addison Lauer, A. 16
Afonso, G.P. 31
Agence nationale de sécurité sanitaire 47
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 39
Alais, C. 50
Alexander, D. 41
Allegret-Pilot, A. 34
Amara, F. 37
Anand, P. 50
Arapakis, K. 11
arquardt, K.R. 29
Auvigne, F. 41

B

Bae, J. 31
Bagnoud, C. 16
Bakx, P. 39
Bamana, A. 41
Barczyk, D. 50
Barszczewski, B. 55
Battesti, C. 20
Belokhvostova, D. 45
Blanchflower, D.G. 40
Bloor, K. 44
Boinet, C. 57
Bonal, M. 18
Borsch-Supan, A. 57
Bouckaert, N. 27
Bourgeois, J. 43
Bouzou, N. 13
Braun, R.A. 51
Briere, J. 47
Brugiavini, A. 51
Bruns, D. 24
Bryson, A. 40

C

Cabral, M. 46
Caisse Centrale de la mutualité sociale agricole 11
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 51
Campana, C. 47
Canet, A. 12
Carrino, L. 51
Castelli, A. 16
Cecchini, M. 17
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie 51
Chan, D.C. 46
Charlet, A. 12
Cheng, A. 52
Chen, M. 27
Clarke, J. 45
Clemens, J. 11
Cobreros, L. 42
Collins, B. 21
Comité consultatif national d'éthique 30
Corneloup, J. 41
Corriger, J. 22
Cour des comptes ..... 37 , 41 , 52
Courtejoie, N. 32
Cowan, B.W. 47
Cunha Ferreira, D. 31

D

Dahlstrand, A. 42
Dale, P. 44
Daysal, N.M. 48
De Champs, C. 30
De Donder, P. ..... 17 , 58
Défenseur des droits 30
Delort, L. 30
Delpal, B. 37
Desaunettes, C. 57
Deshpande, M. 26
Detering, H. 11
Didier, M. 20
Di Novi, C. 52
Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle 23

Doncarli, A. 40
Duarte, F. 11
Dubre-Chirat, N. 41
Dutronc-Postel, P. 52

E

Elbaum, M. 34
El Beki, S. 53
Ezzahir, N. 37

F

Falkenbach, M. 34
Farieta-Barrera, A. 19
Fauchier-Magnan, E. 12
Fellner, R. 14
Fetter, D.K. 53
Figueira, J.R. 31
Folch, M. 17
Fouquet, N. 47
Fredrickson, C.J.H. 48
French, E. 11
Fuller, G. 21

G

Gamage, D. 17
Gao, T. 17
Gauzere, M. 12
Geyer, J. 57
Girault, C. 48
Gloanec, M. 27
Goria, S. 23
Gowrisankaran, G. 29
Graff Zivin, J. 21
Grazzini, L. 43
Grilli, L. 43
Gutierrez Vargas, I. 33

H

Haan, P. 53
Haller, A. 48
Hamermesh, D.S. 26
Hancock, R. 54
Hansen, B. 38
Hassan, S. 32
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge 54
Haut Conseil de santé publique 38
Haute Autorité de Santé ..... 28 , 38
Heta, M. 29
Huang, S. ..... 14 , 42
Hu, B. 54
Hubert, E. 13
Huynh, J. 21

I

Imbert, C. 42
Institut Montaigne 54
Institut National du cancer 23
Isaac-Sibille, C. 39

J

Jain, A. 24
Joachim, M. 34
Jolivet, G. 48
Junique, S. 13
Justicz, T.F. 21

K

Kadiyala, S. 11
Kahn, J.G. 17
Kannan, N. 38
Kayoon Hur, E. 13
Kendir, C. 33
Kettlewell, N. 17
Kim, J. 31
Klingebiel, C. 22
Kobayashi, M. 25
Kôhr, J. 14
Koh, Y.K. 50
Koning, P. 47
Kopecky, K.A. 51
Korda, R. 44
Kotkas, T. 55
Kristiansen, L.L. 48
Kumar, P. ..... 15 , 43

L

Lafargue, L. 41
Lafortune, G. 21
Laignel, L. 53
Larrain, N. 33
League, R. 52
Le bail, M. 37
Lee, T. 31
Lefevre, F. 17
Lefevre, M. ..... 19 , 43
Legal, R. 18
Legris, C. 56
Le Guen, N. 56
Le Houerou, A. 42
Le Nestour, N. 42
Lepinteur, A. 40
Leroux, M.L. 17
L'Heureux, Y. 14
List, J.A. 36
Liu, C. 18
Liu, J. 18
Llena-Nozal, A. 55
Lockwood, L.M. 53

M

Mahajan, A. 11
Maignan, A. 40
Marre, M. 29
Marteau, B. 55
Martin, P. 55
Matthaios, V.N. 21
May-Michelangeli, L. 27
McCauley, J. 11
Mcinerney, M. 56
Meier, D.H. 24
Mellor, J.M. 56
Menares, D. 11
Meyer, B.D. 33
Mikou, M. 56
Mimoz, O. 53
Ministère chargé de la Santé ..... 18 , 35
Misrahi-Guillaume, L. 56
Mittag, N. 33
Morelle, A. 35
Morel, P. 23
Moreno, L. 56
Moroni, G. 51
Mylonas, E. 32

N

Nagano, H. 55
Nazerai, A. 16
Neller, S. 46
Nicolet, A. 16

O

Organisation de coopération et de développement économiques ..... 35 , 56

P

Palier, B. 36
Palme, M. 19
Paredes Ramos, F. 19
Parker, W. 31
Parsan, S.J. 46
Pascal, A. 35
Pascal, M. 22
Perdrix, E. 57
Pestieau, P. 57
Petitprez, K. 37
Pichler, S. 49
Plaindoux, M. 13
Podaneva, A. 16
Portes, J. 49
Postel-Vinay, F. 48
Prinz, C. 49
Propper, C. 19
Prudon, R. 40
Prunet, C. 27

R

Rauet-Tejeda, J. 55
Reduron, V. 13
Regnault, N. 40
Rey, J.L. 20
Rizzo, M. 43
Rodemeier, M. 36
Rosell, L. 20
Roy, D. 52
Roy, S. 36

S

Saillard, M.O. 35
Saintoyant, V. 37
Sakaguchi, K. 29
Salibekyan-Rosain, Z. ..... 29 , 30
Savolainen, R. 49
Savoye, I. 43
Saxby, K. 44
Schmacker, R. 14
Schmieder, J. 53
Schnell, M. 41
Scott, S. 26
Seim, D. 19
Sénat 39
Shantsila, E. 21
Sita, S. 50
Slove, R. 41
Sokhna, N.P. 50
Sollogoub, N. 42
Spearing, J.M. 47
Spinnewijn, J. ..... 19 , 31
Staubli, S. 48
Stempfelet, M., ... 23
StÖckel, J. 39
Stokes, J. 27
Stoyanova, B. 46
Sukhdeo, T. 52
Sungurtekin Hallam, B. 44
Sunyer, C. 42

T

Tebeka, S. 40
Thewissen, S. 49
Thibault, E. 57
Thomas, J.E. 44
Thomsen, S. 24
Thomsen, S.L. 24
Tomasini, M. 57
Town, R. 29
Tran Thi, P.D. 50
Turblin, F. 12
Tu, Y. 58

U

United States Government accountability Office 58

V

Vall Castello, J. 42
Vallis, D. 49
Van Kessel, M. 15
Verhagen, A.L. 56
Vincent, R. 18
Vinquant, J.P. 12
Virely, B. 20
Vitte, J. 22
Voena, A. 26

W

Wagner, V. 22
Wang, F. 27
Wang, Y.P. 58
Watanabe, R. 25
Wei, L. 18
Weitze, J.B. 26
Welch, T.Q. 49
Welsh, J. 44
Whitfield, E. 45
Wismar, M. 34
Wittenberg, R. 54
Wnuk-Soares, I. 53
Wouterse, B. 39
Wu, D. 33

Y

Yang, Y. 58
Yuki, E. 25

Z

Zhang, J. 38
Zohaib, S. 58