

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Septembre 2025 / September 2025

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 9** An Overview of Universal Healthcare in the United States: The Costs and Potentials of Achieving it
Byrd, A.
- 9** Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2026
Caisse nationale de l'Assurance maladie
- 9** L'Aide Médicale de l'État
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 10** Your Plan or Your Providers? The Anatomy of a Network Break in Medicare Advantage
McCormack, G.
- 10** The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization and Health: Evidence from Medicaid Expansion in Indiana
Owen, A., Farzana, S. et Blackburn, J.
- 11** Saved by Medicaid: New Evidence on Health Insurance and Mortality from the Universe of Low-Income Adults
Wyse, A. et Meyer, B.D.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- 11** Rapport annuel 2025 : une dynamique renforcée au service de la recherche
Health Data Hub
- 11** Quel potentiel de l'IA pour le screening d'articles ? Evaluation à partir des bases de revues rétrospectives de la HAS
Jachiet, P.A., Doutreligne M., Soriano P.
- 12** Digital and AI skills in health occupations
Manca, F. et Eslava, D.
- 12** Telecare and Elderly Mortality: Evidence from Italian Municipalities
Matteucci, N., Picchio, M. et Santolini, R.

- 12** The Effects of Switching Electronic Health Record Developer on Specialty Referrals
Xue, B. et Meyerhoefer, C.

Economie de la santé Health Economics

- 13** Productivity of the English National Health Service: 2022/23 update
Arabadzhyan, A., Castelli, A., Gaughan, J., et al.
- 13** Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 13** La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025
Cour des comptes
- 14** Sickening Profits: Solving the Health Sector's Addiction to Money and Power
De Graaff, R.
- 14** Les montants laissés à la charge des ménages par l'assurance maladie
Ecalte, F.
- 14** Dépenses de santé : les équations impossibles
Le cercle de l'épargne
- 14** Étude sur les restes à charge : Le rôle essentiel des complémentaires santé pour l'accessibilité financière des soins
Malakoff Humanis
- 14** Lutte contre la fraude : l'éclairage des sciences comportementales : Rapport d'idées
Ministère chargé de la Fonction publique
- 15** On the Over-Provision of Medical Insurance
Mirza, A. et Stephens, E.
- 15** The economics of diagnostic safety
Slawomirski, L., Kelly, D. et De Bienassis, K.
- 15** Trends in the financialisation of outpatient care across OECD countries
Suzuki, E., Paris, V. et Joshi, N.

- 15 Quantifying Changes to Healthcare Utilization After a Reduction in Cost-sharing Among Deductible Plan Enrollees**
Wain, K., Ritzwoller, D.P. et Coca Perrailon, M.

- 16 Health Insurance Protections and Ex Ante Moral Hazard in Risky Health Behaviors**
Yoruk, B.K., Sabia, J.J. et Krishna, T.

Environnement et santé *Environmental Health*

- 16 Un accès inégal aux espaces verts dans les grands centres urbains**
Colin, S., Delhomme, I. et Manceau, C.
- 17 4e plan national santé environnement - Rapport d'avancement 2023-2024**
Ministère chargé de l'Ecologie
- 17 Décarbonons les industries des dispositifs médicaux : rapport final**
The Shift Project
- 17 Décarbonons les industries du médicament : rapport final**
The Shift Project

État de santé *Health Status*

- 17 What Do People Want?**
Benjamin, D.J., Cooper, K. et Heffetz, O.
- 18 Life Satisfaction in Western Europe and the Gradual Vanishing of the U-shape in Age**
Blanchflower, D.G. et Bryson, A.
- 18 Coming of Age: The Hidden Health Costs of Legal Age Limits**
Bockerman, P., Haapanen, M. et Jepsen, C.
- 18 Tabagisme et arrêt du tabac en 2024**
Douchet, M.A.
- 18 Exploring the relationship between non-communicable diseases and depression**
Everard, C., Vuik, S. et Lerouge, A.

- 19 Recours aux soins, surcharge pondérale, consommations d'alcool et de tabac... L'état de santé des jeunes juste avant la crise sanitaire**
Guignon, N., Hazo, J.B. et Costemalle, V.

- 19 Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans**
L'Institut national du cancer

- 19 WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco**
Organisation Mondiale de la santé

- 19 Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region**
Organisation mondiale de la Santé.
Bureau régional de l'Europe

- 20 World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**
Organisation Mondiale de la santé

- 20 COVID-19 and Subjective Well-Being in the United States: Age Matter**
Song, Y.

- 20 Child Well-Being in an Unpredictable World: Innocenti Report Card 19**
UNICEF

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 21 Action sanitaire et sociale : les initiatives des communes**
Angotti, M., Laloue, F. et Saintoyant, V.

- 21 Déserts médicaux : qu'en disent les géographes ?**
Bonal, M. et Lucas-gabrielli, V.

- 21 Spatial Inefficiency of Hospital Locations in Southeastern USA**
Burkey, M.L., Bhadury, J. et Eiselt, H.A.

- 22 Les pénuries en médecins spécialistes, hors médecine générale Pour une territorialisation, de la formation initiale à l'organisation du système de santé**
Juillet, Y. et Diot, P.

- 22** **Pacte de lutte contre les déserts médicaux. Présentation par le Premier ministre du plan d'action pour renforcer l'accès aux soins des Français**
Premier ministre

Handicap Disability

- 22** **Panorama du handicap en France. Fiches pratiques**
Ministère chargé de la Santé
- 22** **Handicaps sévères de l'enfant, passage à l'âge adulte. Améliorer le parcours de santé afin d'accomplir ses projets de vie**
Yelnik, A.

Hôpital Hospital

- 23** **Performance Pathways in Rural Healthcare: Insights from a Long-Term Analysis of Critical Access Hospitals**
Afonso, G.P., Pai, D.R. et Figueira, J.R.
- 23** **The Effect of Urgent Care Centers on Emergency Department Attendance and Waiting Times**
Bristow, P., Lenzen, S. et Connelly, L.B.
- 24** **Managing Policymakers' Biases in Dealing with Uncertain Hospital Capacity Needs**
Chisari, O. et Estache, A.
- 24** **Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support**
Cour des comptes
- 24** **L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler**
Cour des comptes
- 24** **Assessing the Estimands and Estimates of Hospitalization Rates in Health Economics and Clinical Medicine**
Jain, A., Peled, G. et Obradovic, F.
- 25** **Swiss hospital financing with DRGs: Are there treatments/- combinations that are associated with profitability?**
Jonas, S.

- 25** **Hospital Mergers and Acquisitions a Financial Profit Analysis**
Nawaz, M. et Shakya, S.

- 25** **Patient Choice and Hospital Admissions in Belgium**
Souillard, B., Hinojosa, J.C. et Bour, C.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 26** **Assessing Economic Barriers to Healthcare Access: A Multidimensional Deprivation Analysis**
Clement-Marcuello, M., Gutierrez, M.J. et Orbe, S.
- 26** **Is Reducing Inequality in Health Behaviour Equal to Reducing Inequality in Health Outcome?**
Candio, P. et Salustri, F.
- 27** **Panorama de l'évolution de la pauvreté et l'exclusion sociale entre 2015 et 2022**
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
- 27** **Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité**
Défenseur des droits
- 27** **World report on social determinants of health equity : Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé**
Organisation Mondiale de la santé
- 27** **La santé est politique. : La médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde ?**
Shema, M.
- 28** **Institutional contexts and cognitive health inequalities: an analysis of educational gradients and gender differences in cognitive health expectancy in Europe**
Stonkute, D., Lorenti, A. et Hale, J.M.

Médicaments Pharmaceuticals

- 28** **Le marché du médicament en 2024**
Commission des comptes de la Sécurité sociale
- 29** **Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation**
Cour des comptes

Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

- 29 DREES : Rapport d'activité 2024**
Drees
- 29 Measuring Self-Reported Well-Being**
Heffetz, O. et Caspi, Y.
- 30 Point de vue des personnes accompagnées par les ESSMS : Des démarches pour exprimer, recueillir, analyser et prendre en compte leur expérience et leur satisfaction**
Lagarde, C., Jeandemange, L., Salomon F.
- 30 Uncertainty in Empirical Economics**
Schorfheide, F. et You, Z.

Politique de santé Health Policy

- 30 Cadre d'évaluation NEED 2025 : consensus d'experts européens et version de base**
Claerman, R., Kohn, L. et Schonborn, C.
- 31 Le plan européen pour vaincre le cancer : Rapport d'information**
Gruny, P. et Jomier, B.
- 31 Spillovers from Public Health Policies in Schools: Evidence from COVID Mask Mandates**
Guzman, M.A., Imberman, S.A. et Filosa, N.R.
- 31 La HAS mobilisée pour la santé des femmes**
Haute Autorité de santé
- 32 La santé des Français : sortir de l'impasse**
Revel, N.

Politique sociale Social policy

- 32 L'aide sociale à l'enfance - Édition 2025 : Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées**
Tarayoun, T., Abassi, E. et Diallo, C.T.

Prévention Prevention

- 32 Sources of Generational Persistence in the Effects of Early-Life Health Interventions**
Abrahamsson, S.S., Butikofer, A. et Loken, K.V.
- 33 Promoting good mental health in children and young adults**
Devaux, M. et Cecchini, M.
- 33 Évaluation in itinere de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025**
Haut Conseil de la santé publique

Psychiatrie Psychiatry

- 33 Social media usage and adolescents' mental health in the EU**
Bertoni, E., Centeno, L. et Cachia, R.
- 33 Santé mentale des jeunes : Rapport du panel citoyen composé de 20 jeunes âgés de 12 à 18 ans**
Conseil économique social et environnemental
- 34 Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies**
Hazo, J.B.
- 34 Plan psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire**
Ministère chargé de la Santé
- 34 Santé mentale et psychiatrie : mise en œuvre de la feuille de route : État d'avancement au 1^{er} mai 2025**
Ministère chargé de la Santé
- 34 Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans**
Organisation Mondiale de la Santé
- 35 Mental health systems capacity in European Union Member States, Iceland and Norway**
Organisation Mondiale de la santé

- 35 The Impact of Teaching Coping Skills in Schools on Youth Mental Health and Academic Achievement: Evidence from a Field Experiment**

Rege, M., Bru, E. et Solli, I.F.

- 35 Understanding and addressing inequalities in mental health**

Vargas Lopes, F. et Llena-Nozal, A.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 36 Do Physicians Follow the Golden Rule? Evidence of Imperfect Agency and Moral Hazard from Physicians' Self-Prescriptions**

Carrera, M. et Skipper, N.

- 36 Profession médecine générale. Référentiel professionnel de la médecine générale**

Collège de la Médecine Générale

- 36 Les pharmaciens : Panorama au 1^{er} janvier 2025**

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

- 36 Self-Selection into Health Professions**

Fedele, A., Tonin, M. et Wiesen, D.

- 37 Understanding doctors' decision-making regarding migrating to the UK**

General Medical Council

- 37 General practice across England**

Hoddinott, S.

- 37 Permettre à tous de bénéficier d'une alimentation de qualité en quantité suffisante : avis du CESE**

Joseph, J.L. et Marmier, D.

- 37 Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : différents profils d'activité**

Karnycheff, T., Chevillard, G. et Voillequin, S.

- 38 Administrative Fragmentation in Health Care**

League, R. et Shi, M.

- 38 Competition, Conformism and the Low Adoption of a Generous Pricing Scheme Offered to Physicians**

Montmartin, B. et Lambotte, M.

- 38 Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right**

OCDE

- 39 The Impact of Physician-Patient Gender Match on Healthcare Quality: An Experiment in China**

Si, Y., Chen, G. et Zhou, Z.

- 39 Do Private Sector Fees Influence Medicare Fees? The Case of RBRVS Updates**

Wedig, G.J.

Sociologie de la santé Sociology of Health

- 40 Gérer sa santé avec un diabète de type 2. Les apports de la recherche qualitative Diab-Quali**

Ballet, D., Balcou-Debussche, M., Fournier, C., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 40 An Overworked Leave? Health Care Workforce Effects of Brexit**

Costa-Font, J. et Vilaplana-Prieto, C.

- 40 Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser**

Cour des comptes

- 41 Les prestations indemnifiant l'incapacité permanente liée à un AT-MP**

Commission des comptes de la Sécurité sociale

- 41 Rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail**

Expert, C., Lanouziere, H. et Seiller, S.

- 41 Midlife Crisis: The Labor and Health Impacts of the Menopause Transition**

Juarez, L. et Marquez-Padilla, F.

- 42 Effort, Identity, and Employee Mental Health**

Kranton, R. et Thomas, D.

Vieillessement Aging

42 The Impact of Disability Level on the Price Elasticity of Demand for Nursing Home Care

Alders, P. et De Hek, P.

42 Mergers and Quality Provision in Healthcare: Evidence from Nursing Homes

Chatterji, P., Ho, C.Y. et Li, W.

43 Les retraités centenaires du régime général à fin 2024

Caisse nationale de l'Assurance retraite

43 Rapport annuel : Évolutions et perspectives des retraites en France

Conseil d'orientation des retraites

43 Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2025 : Aider ceux qui aident : contribuer au renforcement du soutien aux proches aidants

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

43 CNSA : Rapport annuel 2024

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

43 Évaluation d'impact et prévention de la perte d'autonomie

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

44 Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir

Cour des comptes

44 Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux

Cour des comptes

44 Développement des retraites complémentaires dans l'UE : Des actions peu efficaces pour renforcer les régimes de retraite professionnelle et instaurer un produit paneuropéen d'épargne-retraite individuelle

Cour des comptes européenne

45 Principaux résultats de l'Enquête nationale de prévalence 2024 des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Daniau, C., Paumier, A. et Bervas, C.

45 Demographic Change and the Future of Austria's Long-Term Care Allowance: A Dynamic Microsimulation Study

Famira-Muhlberger, U., Horvath, T. et Leoni, T.

45 Population Ageing and the Environment: A Comparative Study of Nature-Concerning and Action-Requiring Outcomes

Imen, A., Krelifa, M. et Litina, A.

46 Extending Healthspans in an Aging World

Utkus, S.P. et Mitchell, O.S.

46 L'emploi des seniors : une clé pour sauver la répartition ?

Vermeillet, S.

46 Exploring the Impact of Multidimensional Factors of Childhood Socioeconomic Status on Residents' Successful Aging

Yu, T.

Assurance maladie

Health Insurance

► An Overview of Universal Healthcare in the United States: The Costs and Potentials of Achieving it

BYRD, A.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5287291

The United States being the world's wealthiest nation poses a question as to why the state lacks universal healthcare, a policy enacting quality health service for all peoples. Some of the social barriers that obstruct this policy have to do with historical inequities within healthcare, which have discouraged historically marginalized communities in having trust toward the American healthcare system. A proposal in opposition to this phenomenon would be building equity through a universal system, gaining more trust from minority groups, therefore finalizing the result of a happier, healthier country. A political cost in achieving American universal health care would be dissension amongst lobbyists, as the U.S.' democratic governance offers a push-and-pull of political policy which has not yet given a full solution toward equitable healthcare; therefore, there is a barrier for universal healthcare to flourish. A solution would be for those informed on the determinants of universal healthcare to continuously raise awareness through activism, and continuous lobbying through the public sector; the strength in numbers under democracy hold power in both grassroots and formal persuasion. This leads to political agreement within American politics, as bipartisanship has historically bred divisiveness, considering populist interests deter common ground based on human rights. Lastly, the economic barriers obstructing universal healthcare concern the management of the U.S.' federal budget, as the American citizens' knowledge of such information would be crucial in swaying policymakers' actions toward social change in healthcare. Example solutions would be lowering overall healthcare spending by reducing administrative waste, alongside the federal government investing more money into preventative care, keeping U.S. citizens happier and healthier.

► Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2026

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2025

Paris, C.N.A.M.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/Études-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>

Chaque année, l'Assurance maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2026 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

► L'Aide Médicale de l'État

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2025

In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025]. Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

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

L'aide médicale de l'État (AME), instaurée le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif de l'État qui prend place dans le cadre de la lutte contre les exclusions sociales. Cette protection en matière de santé s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Elle couvre également les besoins de santé des mineurs non accompagnés qui ne sont pas encore pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. L'AME a été créée dans un triple objectif : un principe éthique et humanitaire encadré par la loi, un objectif de santé publique (limitation de la propagation des maladies contagieuses, en fournissant notamment un accès aux soins aux bénéfici-

ciales de l'AME à tous les secteurs, que ce soit en ville ou à l'hôpital) et enfin de pertinence de la dépense (en prenant en charge les dépenses de soins au plus tôt). L'AME est inscrite au programme « Protection maladie » du budget de l'État, dont les crédits sont votés chaque année dans le cadre de la loi de finances. Bien que l'AME soit un programme d'État, son pilotage relève de la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Par ailleurs, les soins délivrés par les professionnels et établissements de santé aux bénéficiaires de l'AME sont, dans un premier temps, pris en charge par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). Puis, dans un second temps, les montants facturés sont remboursés par l'État à la CNAM.

► **Your Plan or Your Providers?**
The Anatomy of a Network Break
in Medicare Advantage

MCCORMACK, G.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5248619

An increasing majority of Medicare beneficiaries are enrolled in Medicare Advantage (MA) and are therefore subject to evolving and potentially harmful plan design. Recently, concerns have emerged that network breaks—instances where established providers are dropped from network—may lead to disruptions in care. However, little is known about the prevalence of network breaks in MA nor their impact on utilization, enrollment, or selection into traditional Medicare (TM), Medicare's broad-network public option. Using national data, I document that network breaks are common in MA: 15% of annual MA enrollees were in a plan that dropped at least 10% of providers from its network in the following year. Further, after a network break, incumbent plan enrollees were more likely to switch either to a different MA plan or, in states where accessible, TM. I next study a network break in the Massachusetts MA market using detailed enrollment and claims data. Post-break enrollment patterns suggest enrollees highly value access to both established primary care and specialist providers. Enrollees who fail to switch to plans that cover established providers experience large reductions in overall healthcare utilization. Compared to lower-cost enrollees, high-cost enrollees were more likely to switch to TM. These results suggest that broad-network plans that cover dropped providers can mitigate care disruptions but

are likely to disproportionately attract higher-cost enrollees. These lessons are important for understanding the prevalence of limited networks in MA as well as the potential trade-offs in facilitating switching from MA to TM, as suggested by recent policy proposals.

► **The Impact of Health Insurance**
on Healthcare Utilization and Health:
Evidence from Medicaid Expansion
in Indiana

OWEN, A., FARZANA, S. ET BLACKBURN, J.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5239405

The effects of health insurance on mortality, and health outcomes while alive, have been often-studied, with mixed results. We report here new evidence, from difference-in-differences (DiD) analysis of visit-level health-care records, both before and after Medicaid expansion, linked to Medicaid enrollment data. We use the onset of Affordable Care Act (ACA) coverage in 2014 as an exogenous shock to coverage. We study Indiana, which partially expanded Medicaid for a limited number of childless adults with incomes up to 100% of the federal poverty limit (FPL) in January 2014, and fully expanded Medicaid, up to 138% of FPL, in February 2015; we treat these as separate shocks. We follow these persons over 2011-2021 using electronic health records (EHR) records from the Indiana Health Insurance Exchange, a statewide EHR repository. We compare new Medicaid enrollees aged 36-64 in each treatment group (principally childless adults) with a propensity-score-balanced control group of previously-Medicaid-enrolled persons (principally parents of minor children). Gaining health insurance leads to a sharp, immediate, and sustained rise in health care utilization for both treatment groups. For the 2014 treatment group: (i) outpatient visit rates roughly double after Medicaid enrollment and level off at rates similar to the control group; (ii) ED visit rates jump from below to well above those the control group, but fall back to control-group levels after 12-18 months; (iii) hospitalization rates jump from well below to above control group levels but the initial surge subsides after 18-24 months. We observe immediate, sustained increases in new diagnoses for a range of chronic diseases, increased blood testing rates, and improvements for the treatment group in blood glucose and HbA1c levels, but no change in cholesterol levels or macrovascular events.

► **Saved by Medicaid: New Evidence on Health Insurance and Mortality from the Universe of Low-Income Adults**

WYSE, A. ET MEYER, B.D.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33719)

<https://www.nber.org/papers/w33719>

We examine the causal effect of health insurance on mortality using the universe of low-income adults, a dataset of 37 million individuals identified by linking the 2010 Census to administrative tax data. Our methodology leverages state-level variation in the timing and adoption of Medicaid expansions under the Affordable Care Act (ACA) and earlier waivers and adheres to a preregistered analysis plan, a rarely used approach in observational studies in economics. We find that expansions increased Medicaid enrollment by 12 percentage points and reduced the mortality of

the low-income adult population by 2.5 percent, suggesting a 21 percent reduction in the mortality hazard of new enrollees. Mortality reductions accrued not only to older age cohorts, but also to younger adults, who accounted for nearly half of life-years saved due to their longer remaining lifespans and large share of the low-income adult population. These expansions appear to be cost-effective, with direct budgetary costs of \$5.4 million per life saved and \$179,000 per life-year saved falling well below valuations commonly found in the literature. Our findings suggest that lack of health insurance explains about five to twenty percent of the mortality disparity between high- and low-income Americans. We contribute to a growing body of evidence that health insurance improves health and demonstrate that Medicaid's life-saving effects extend across a broader swath of the low-income population than previously understood.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Rapport annuel 2025 : une dynamique renforcée au service de la recherche**

HEALTH DATA HUB

2025

Paris, H.D.H.

<https://www.health-data-hub.fr/actualites/publication-du-rapport-annuel-2024-du-health-data-hub-une-dynamique-renforcee-au-service>

Le rapport revient sur une année marquante en matière de structuration, d'ouverture et de valorisation des données de santé en France. Il reflète les avancées de l'organisme dans sa mission de faciliter un accès sécurisé, encadré et pertinent aux données de santé, au service de projets à fort impact scientifique, médical et sociétal. Ce rapport est une occasion de mettre en lumière le travail des équipes du Health Data Hub, mais également celui de toutes les parties prenantes : porteurs de projets, partenaires publics ou privés, producteurs et responsables de données. Car au-delà des chiffres et des réalisations, ce sont les dynamiques collectives qui rendent possibles les avancées concrètes.

► **Quel potentiel de l'IA pour le screening d'articles ? Evaluation à partir des bases de revues rétrospectives de la HAS**

JACHET, P.A., DOUTRELIGNE M., SORIANO P.

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3599818/fr/la-has-evalue-le-potentiel-de-l-ia-pour-assister-le-processus-de-revue-de-litterature#toc_1_4

La revue systématique de littérature occupe une place importante dans le processus de gestion de la connaissance pour l'élaboration des recommandations et évaluations à la Haute Autorité de Santé (HAS). Les progrès récents en traitement du langage naturel, notamment en intelligence artificielle générative, ouvrent des perspectives intéressantes pour l'automatisation de certaines étapes du processus de revue de littérature. Dans ce contexte, la HAS doit expérimenter ces nouvelles technologies afin d'établir si celles-ci peuvent permettre de faciliter ses processus de gestion de la connaissance. Peut-on assister la réalisation des revues de littérature avec des systèmes informatiques -avec ou sans IA ? Ces outils permettent-ils de gagner en

efficacité ? Permettent-ils de gagner en qualité, par exemple pour la réalisation de living reviews (Elliott et al. 2014; 2017) ? Quels changements des processus à la HAS leur adoption induiraient-ils ?

► Digital and AI skills in health occupations

MANCA, F. ET ESLAVA, D.

2025

Paris, Ocde (OECD Artificial Intelligence Papers 36)

https://www.oecd.org/en/publications/digital-and-ai-skills-in-health-occupations_5fbd42ab-en.html

This paper explores the impact of digital technologies and artificial intelligence (AI) on health occupations across OECD countries, focusing on how these innovations can support health workers amid rising demand for healthcare services. The study provides three key empirical contributions. First, it analyses nearly 55.5 million online job postings (OJPs) from Canada, the United Kingdom and the United States, tracking the demand for digital and AI skills in health-related occupations between 2018 and 2023. Second, it identifies specific digital and AI skill requirements for various health roles, revealing emerging priorities such as Health Information Management, Telehealth, and Cybersecurity. Third, it assesses the potential effects of Generative AI (GenAI) and Advanced Robotics (AR) on health occupations, categorising roles based on their susceptibility to automation or augmentation. Results show that while some occupations face automation risks, most roles stand to benefit from productivity-enhancing technologies. The findings highlight the importance of targeted reskilling policies and continuous training to maximise the benefits of AI integration in healthcare, ensuring that technological advancements complement rather than displace health professionals.

► Telecare and Elderly Mortality: Evidence from Italian Municipalities

MATTEUCCI, N., PICCHIO, M. ET SANTOLINI, R.

2025

Hanovre, Global Labor Organization (GLO Discussion Paper 1594)

<https://ideas.repec.org/p/zbw/glodps/1594.html>

The growing ageing of the population in developed economies has necessitated the progressive use of advanced information and communication technologies (ICTs) for the home care of elderly individuals. The effect of these technologies on elderly health out-

comes remains an open issue. In this study, we analyze the impact of telecare on the mortality rate of elderly people in Italy using data at the municipal level and a doubly robust difference-in-differences design. Our results show that telecare services significantly reduced the mortality rate of the elderly aged 65 and over by 1.7 individuals per 1,000 inhabitants. This effect was sizeable, since it was a 4% decrease in the elderly mortality rate relatively to the average elderly mortality rate in the treated municipalities. The reduction in the elderly mortality rate was greater in municipalities with a large proportion of childless elderly people, suggesting that telecare may be particularly useful for the elderly who find it more difficult to rely on strong family ties. Moreover, it was stronger in small municipalities, indicating that telecare may be more effective where there is a greater need to compensate for a lower level of traditional social and health care services.

► The Effects of Switching Electronic Health Record Developer on Specialty Referrals

XUE, B. ET MEYERHOEFER, C.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33861)

<https://www.nber.org/papers/w33861>

We use national physician-pair panel data to examine how switching electronic health record (EHR) developers affects out-of-network referrals from primary care physicians (PCPs) to specialists. We estimate a difference-in-differences model, exploiting changes in EHR developer adoption by physicians' affiliated hospitals. After a change in the PCP's EHR developer, referrals to same-developer specialists increase by 5.8%, and referrals to specialists using the PCP's prior EHR decrease by 4.2%. Referrals to the PCP's most commonly referred-to specialists are not affected by changes in EHR developer, but shifts in referral patterns are particularly pronounced when the PCP is male and the specialist is female, when the PCP has more experience than the specialist and when the new EHR developer has a majority market share. These results are robust to estimation approaches that account for heterogeneous treatment effects and physician selection into hospital systems. Our theoretical model indicates that PCP preferences for convenience may reduce referrals to the highest-quality specialists and lead to EHR market agglomeration, presenting a possible economic rationale for antitrust regulation of information blocking.

Economie de la santé

Health Economics

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

ARABADZHYAN, A., CASTELLI, A., GAUGHAN, J., *et al.*
2024

York, University of York (CHE Research Paper 198)

<https://www.york.ac.uk/che/outputs/research-papers/>

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 this report 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. This report has two objectives, (1) to provide an update on NHS productivity between 2021/22 and 2022/23, and (2) similarly to last year's report (Arabadzhyan et al., 2024) to evaluate whether the NHS system has recovered from the effect of the COVID-19 pandemic by determining the productivity growth between 2019/20 and 2022/23.

► **Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

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

La Commission des comptes de la Sécurité sociale présente dans ce rapport un déficit de 15,3 Md€ en 2024 pour l'ensemble des régimes de base du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Elle a par ailleurs actualisé la

prévision de déficit pour 2025, qui atteindrait 21,9 Md€, ainsi qu'une prévision pour les 4 années à venir, actualisée par rapport à celle de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. L'Aide Médicale de l'État Le marché du médicament en 2024 Les prestations indemnisant l'incapacité permanente liée à un AT-MP

► **La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025**

COUR DES COMPTES

2025

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2025>

En 2024, le déficit de la Sécurité sociale atteint 15,3 Md€, soit 4,8 Md€ de plus que la prévision initiale. L'aggravation du déficit est due, pour les trois quarts, au moindre rendement des recettes et, pour un quart, à une augmentation des dépenses de la branche maladie qui va au-delà de l'objectif assigné. En 2025, le déficit de la sécurité sociale devrait de nouveau fortement augmenter et atteindre 22,1 Md€. Cette prévision est en outre fragile car elle repose sur des hypothèses optimistes de croissance. Elle suppose la réalisation de mesures d'économie sans précédent pour l'assurance-maladie (5,2 Md€) et une bonne tenue des dépenses de soins de ville, responsables du dérapage en 2024. Pour l'avenir, la loi de financement pour 2025 a, une nouvelle fois, dégradé la trajectoire financière de la sécurité sociale, avec un déficit qui atteindrait 24,1 Md€ en 2028, sans perspective de stabilisation et encore moins de retour à l'équilibre. La prévision de déficit 2027 est supérieure d'un tiers à ce qu'elle était en 2024. La dette sociale à court terme va augmenter rapidement. Un risque croissant de crise de liquidité pèse sur ses conditions de financement. L'intérêt paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser

► **Sickening Profits: Solving the Health Sector's Addiction to Money and Power**

DE GRAAFF, R.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5234286

The Modern healthcare system has become more about profits rather than healing. This paper will go into and exposure the dark hidden truths of the Healthcare Industry and how this impacts wider society and how these can be resolved. Case Studies will be used to expose the dark hidden truths of entrapment practices false/misleading scientific research projects being conducted behind closed doors for profit and at the cost of human health and lives. The System needs to be repaired with focus to be put back into helping people rather than for fueling bank accounts and profits.

► **Les montants laissés à la charge des ménages par l'assurance maladie**

ECALLE, F.
2025

Paris, F.I.P.E.C.O.

<https://fipeco.fr/fiche/Lefficiency-des-d%C3%A9penses-dassurance-maladie>

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit un déficit de 15 Md€ de l'assurance maladie. Pour le réduire, il est souvent envisagé de réduire les taux de remboursement des biens et services de santé. Cette note montre qu'il faudrait d'abord réformer profondément les modalités de remboursement de l'ensemble des dépenses de santé. Les chiffres cités sont, sauf mention contraire, tirés d'un rapport de 2022 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

► **Dépenses de santé : les équations impossibles**

LE CERCLE DE L'ÉPARGNE
2025

Paris, Le cercle de l'épargne.

<https://cercledelepargne.com/depenses-de-sante-les-equations-impossibles>

Cette étude synthétise les divers travaux sur la problématique des dépenses de santé : impact du vieillissement de la population, la question de la soutenabilité

des dépenses de santé, les solutions proposées pour gagner en efficience.

► **Étude sur les restes à charge : Le rôle essentiel des complémentaires santé pour l'accessibilité financière des soins**

MALAKOFF HUMANIS
2025

Paris, Malakoff Humanis

<https://newsroom.malakoffhumanis.com/assets/support-arac-11-06-2025-pour-print-vdeff-1-pdf-95128-63a59.html>

Les Français bénéficient d'un système social protecteur, fondé notamment sur la solidarité nationale, incarnée par la Sécurité sociale. Cependant, après le remboursement de leurs soins par l'Assurance maladie, leur reste à charge est souvent important, notamment pour les soins hospitaliers ou l'optique, par exemple. L'intervention des Ocam est donc essentielle, car elle permet une réduction importante du reste à charge final pour les patients. Cette étude sur les restes à charge met en lumière ce rôle essentiel que jouent les Ocam dans l'accès aux soins, en permettant aux Français de bénéficier du reste à charge le plus faible de l'OCDE.

► **Lutte contre la fraude : l'éclairage des sciences comportementales : Rapport d'idées**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE
2025

Paris, Ministère chargé de la Fonction publique

<https://www.modernisation.gouv.fr/publications/lutte-contre-la-fraude-leclairage-des-sciences-comportementales>

La fraude fiscale est estimée entre 60 et 100 Md€ par an, tandis que la fraude sociale atteindrait 13 Md€. Au-delà de ses conséquences financières, la fraude engendre un coût moral et social. Les sciences comportementales offrent un éclairage utile sur les mécanismes qui la favorisent et les leviers pour y remédier. Ce travail a synthétisé 76 études scientifiques, en tenant compte des limites méthodologiques (études en ligne, contextes étrangers). Il en ressort que la fraude s'inscrit souvent dans une zone grise liée à la confiance envers l'action publique, à la complexité administrative et au consentement à l'impôt.

► **On the Over-Provision of Medical Insurance**

MIRZA, A. ET STEPHENS, E.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5255763

This paper considers the general equilibrium implications of moral hazard in private health insurance markets. We show that the structure of standard contracts gives rise to a pecuniary externality whereby individuals ignore the impact of their insurance purchases on the future price of care. At the equilibrium, individuals over-insure against health expenditure risk, and overspend on medical services while facing an excessive price of care. Reducing insurance coverage at the margin can mitigate the externality by exerting downward pressure on prices, thereby raising welfare.

► **The economics of diagnostic safety**

SLAWOMIRSKI, L., KELLY, D. ET DE BIENASSIS, K.
2025

Paris, Ocde (OECD Health Working Paper 176)

https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-diagnostic-safety_fc61057a-en.html

Diagnosis is complex and iterative, therefore liable to error in accurately and timely identifying underlying health problems, and communicating these to patients. Up to 15% of diagnoses are estimated to be inaccurate, delayed or wrong. Diagnostic errors negatively impact patient outcomes and increase use of healthcare resources. The direct financial burden of misdiagnosis, underdiagnosis and overdiagnosis combined is estimated to be 17.5% of total healthcare expenditure, or 1.8% of GDP in a typical OECD country where one tenth of GDP is spent on health care. Reducing diagnostic error has the potential for large cost savings through improvements in healthcare efficiency and reductions in patient harm. Halving rates of diagnostic error could lead to savings of 8% of healthcare expenditure. This report 1) defines the scope of diagnostic error, 2) illustrates the burden of diagnostic error in commonly diagnosed conditions, 3) estimates the direct costs of diagnostic error, and 4) provides policy options to improve diagnostic safety.

► **Trends in the financialisation of outpatient care across OECD countries**

SUZUKI, E., PARIS, V. ET JOSHI, N.
2025

Paris, Ocde (OECD Health Working Paper 179)

https://www.oecd.org/en/publications/trends-in-the-financialisation-of-outpatient-care-across-oecd-countries_f5d88b41-en.html

This paper summarises the findings of research into the financialisation of outpatient care across OECD countries. It finds that outpatient specialised services have become a recent target of financial institutions active in the healthcare sector, notably across dentistry, ophthalmology, radiology, biology and primary care. While financialisation was reported to be a concern by a majority of responding countries, how financialisation is taking place also varies depending on how health systems are structured. Moreover, despite a growing evidence base around the potential – often negative – impacts of investments by some financial actors, notably private equity firms, countries lack a cohesive picture of the extent to which financial firms have scaled-up investments into their health systems. The paper further presents a set of policy considerations to address financialisation in outpatient care.

► **Quantifying Changes to Healthcare Utilization After a Reduction in Cost-sharing Among Deductible Plan Enrollees**

WAIN, K., RITZWOLLER, D.P. ET COCA PERRAILLON, M.
2025

New York, arXiv

<https://ideas.repec.org/p/arx/papers/2503.19992.html>

Health plan deductibles are a form of cost-sharing that require patients to pay out-of-pocket before insurance pays for benefits. Deductible plans have become increasingly common in the United States to mitigate escalating healthcare costs. Quantifying the impact of increased cost-sharing from deductibles on utilization is a challenging empirical question because individuals and employers self-select into plans with deductibles. We evaluated the impact of cost-sharing in plans with deductibles by leveraging an accidental injury to a family member as an instrumental variable that strongly predicted the non-injured family member reaching their deductible maximum, which resulted in a reduction in cost-sharing. Our outcome measures examined utilization subject to cost-sharing as compared to uti-

lization exempt from cost-sharing. Using data from the same healthcare system to control for quality and provider network, we found that reaching the deductible increased emergency department (ED) utilization by 10.0 percentage points (pp). Nearly one-quarter of the increased ED utilization was potentially avoidable. Wellness visits not subject to cost-sharing decreased by 5.7 pp. Results were similar for high-deductible plans and for families meeting their maximum out-of-pocket amount. These findings provide causal evidence that individuals enrolled in plans with deductibles change utilization patterns after an exogenous reduction in cost-sharing.

► **Health Insurance Protections and Ex Ante Moral Hazard in Risky Health Behaviors**

YORUK, B.K., SABIA, J.J. ET KRISHNA, T.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33935)

<https://www.nber.org/papers/w33935>

With the goal of lowering incentives for alcohol and substance abuse, U.S. states have historically permitted private health insurers to deny reimbursement of medical claims stemming from alcohol or opioid impairment. However, a potential unintended consequence of such “exclusion provisions” is that they may reduce providers’ incentives to screen patients

for alcohol intoxication and substance abuse, leading to an increase in risky health behaviors that carry substantial externality costs. In response to these concerns, 16 states and the District of Columbia repealed their exclusion provisions and replaced them with explicit prohibitions on the denial of health insurance claims resulting from alcohol and other substance use impairment (PDHIAs). This study is the first to comprehensively explore the effects of PDHIAs on alcohol- and drug- related outcomes, with a particular focus on externalities associated with these risky health behaviors, allowing us to broadly assess their potential welfare effects. Leveraging a variety of national data sources (Uniform Crime Reports, Fatality Analysis Reporting System, Behavioral Risk Factor Surveillance System, Treatment Episode Data Set, and Medical Expenditure Panel Survey) in conjunction with a generalized difference-in-differences approach, we find little support for the hypothesis that PDHIAs generated ex ante moral hazard. To the contrary, there is some evidence that PDHIAs may have reduced some criminal arrests, drunk driving behaviors, and alcohol use. One explanation for these findings is that physicians may be more willing to refer treatment services for substance use-related health issues when patients and hospitals are not financially penalized by PDHIAs. Lastly, there is little evidence that PDHIAs had broader impacts on private insurance markets, either in affecting private health insurance coverage or average premiums.

Environnement et santé

Environnemental Health

► **Un accès inégal aux espaces verts dans les grands centres urbains**

COLIN, S., DELHOMME, I. ET MANCEAU, C.

2025

Insee Première (2049)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8558420>

Les espaces verts publics, tels que les parcs, jardins et forêts, jouent un rôle essentiel dans le cadre de vie des citoyens, en offrant des lieux de détente et de loisir au cœur des villes. Pourtant, au sein des grands centres urbains, un habitant sur deux n’a pas accès à un espace vert public à moins de cinq minutes de marche de son domicile. Cet accès est fortement influencé par

la morphologie du territoire. En effet, la couverture et la disponibilité des espaces verts varient selon l’aménagement urbain, les spécificités géographiques et la densité de population. Ainsi, la part de forêts publiques tend à diminuer à mesure que la population et la densité augmentent, alors que les villes plus densément peuplées concentrent davantage de parcs et jardins, généralement plus accessibles à pied.

► **4^e plan national santé environnement - Rapport d'avancement 2023-2024**

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'ÉCOLOGIE
2025

Paris, Ministère chargé de l'Écologie

<https://www.vie-publique.fr/rapport/298177-4e-plan-national-sante-environnement-rapport-davancement-2023-2024>

Le 4^e plan national santé environnement s'articule autour de quatre axes : S'informer, se former et informer sur l'état de mon environnement et les gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes ; Réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes sur l'ensemble du territoire ; Démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités dans les territoires ; Mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations et des écosystèmes.

► **Décarbonons les industries des dispositifs médicaux : rapport final**

THE SHIFT PROJECT
2025

Paris, The Shift Project

<https://theshiftproject.org/publications/decarbonons-industries-sante-medicaments-dm/>

L'objectif de ce rapport est de préciser d'où viennent les émissions de gaz à effet de serre (GES) des indus-

tries du médicament et d'identifier les leviers de décarbonation et de résilience aux chocs énergétiques.

► **Décarbonons les industries du médicament : rapport final**

THE SHIFT PROJECT
2025

Paris, The Shift Project.

<https://theshiftproject.org/publications/decarbonons-industries-sante-medicaments-dm/>

Le rapport rappelle les enjeux énergie-climat et leurs liens avec les industries du médicament, ainsi que la présentation de ce projet dans le cadre des travaux du Shift Project, notamment de son programme Santé. La deuxième partie du rapport présente les grandes lignes de la méthodologie de travail. La troisième partie présente les principaux résultats de notre travail. Nous présentons également les principaux leviers permettant de décarboner les industries du médicament, ainsi que le potentiel de réduction des émissions correspondant. La quatrième partie présente les résultats détaillés. Elle reprend chaque étape de la chaîne de valeur des industries du médicament et décrit notre méthode d'estimation des émissions de gaz à effet de serre ainsi que leur potentiel de décarbonation. Enfin, la cinquième partie du rapport met l'accent sur les limites de notre travail et les perspectives futures.

État de santé

Health Status

► **What Do People Want?**

BENJAMIN, D.J., COOPER, K. ET HEFFETZ, O.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33846)

<https://www.nber.org/papers/w33846>

We elicited over a million stated preference choices over 126 dimensions or "aspects" of well-being from a sample of 3,358 respondents on Amazon's Mechanical Turk (MTurk). Our surveys also collected self-reported well-being (SWB) questions about respondents' current levels of the aspects of well-being. From the stated preference data, we estimate relative log marginal util-

ities per point on our 0-100 response scale for each aspect. We validate these estimates by comparing them to alternative methods for estimating preferences. Our findings provide empirical evidence that both complements and challenges philosophical perspectives on human desires and values. Our results support Aristotelian notions of eudaimonia through family relationships and Maslow's emphasis on basic security needs, yet also suggest that contemporary theories of well-being may overemphasize abstract concepts such as happiness and life satisfaction, while undervaluing concrete aspects such as family well-being, financial security, and health, that respondents place the highest

marginal utilities on. We document substantial heterogeneity in preferences across respondents within (but not between) demographic groups, with current SWB levels explaining a significant portion of the variation.

► **Life Satisfaction in Western Europe and the Gradual Vanishing of the U-shape in Age**

BLANCHFLOWER, D.G. ET BRYSON, A.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33950)
<https://www.nber.org/papers/w33950>

Using Eurobarometer data for 21 Western European countries since 1973 we show the U-shape in life satisfaction by age, present for so long, has now vanished. In 13 northern European countries - Belgium, Denmark, Finland, Germany, Iceland, Ireland, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland, Turkey and the UK - the U-shape has been replaced by life satisfaction rising in age. We confirm these findings with evidence from the European Social Surveys, the Global Flourishing Survey and Global Minds. Evidence of change in the U-shape is mixed for Austria and France. In six southern European countries - Cyprus, Greece, Italy, Malta, Spain and Portugal - the U-shape was replaced by life satisfaction declining in age. In these southern European countries, life satisfaction of the young has been rising since around 2015. A contributory factor is the rapid decline in youth unemployment from its 2015 peak.

► **Coming of Age: The Hidden Health Costs of Legal Age Limits**

BOCKERMAN, P., HAAPANEN, M. ET JEPSEN, C.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 11907)
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5282180

Using high-quality Finnish register data and a regression discontinuity approach, we study the health effects of reaching the legal drinking ages of 18 and 20. Our results show that at age 18, when beer, wine, and car driving become legal, mortality and hospitalizations increase discontinuously, especially among men, and they are driven by alcohol and traffic-related causes. At age 20, when spirits become legal, alcohol-related deaths and accidents increase for men, and suicide risk rises for women. We also find meaningful adverse spill-

over effects on younger siblings. When an older sibling turns 18, their younger brothers face increases in alcohol-related mortality, traffic-related hospitalizations, and suicide attempts, while younger sisters experience more alcohol-related hospitalizations. Spillovers at age 20 are weaker but persist for younger brothers.

► **Tabagisme et arrêt du tabac en 2024**

DOUCHET, M.A.
2025

Saint-Denis La Plaine, O.F.D.T.
https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-05/tt_bil25.pdf

En 2024, la baisse des ventes de tabac se confirme. Elle s'accompagne d'une diminution continue du tabagisme, désormais à un niveau historiquement bas, et d'un recours croissant aux dispositifs de sevrage.

► **Exploring the relationship between non-communicable diseases and depression**

EVERARD, C., VUIK, S. ET LEROUGE, A.
2025

Paris, Ocde (OECD Health Working Paper 178)
https://www.oecd.org/en/publications/exploring-the-relationship-between-non-communicable-diseases-and-depression_02a1cfc5-en.html

Non communicable diseases (NCDs) such as cancer, diabetes, cardiovascular and respiratory diseases are among the leading drivers of disability and death across OECD countries. NCDs frequently co-occur with depression, which can worsen NCD outcomes, lower quality of life and increase healthcare costs. It is therefore important to understand whether and to what extent NCDs increase the risk of experiencing depression. This paper finds that people living with NCDs have a 15% to 27% higher risk of experiencing depression, depending on the condition, that risk increases with the number of NCDs, and that the relationship appears to be causal. It finds that women and people in financial hardship are more likely to experience depression. The findings have important policy implications: 1) Consideration should be given to mental health and wellbeing in NCD policy, which can yield health and healthcare cost benefits. 2) Strategies to reduce NCD incidence may also reduce depression, and mental health co-benefits should be considered when developing health promotion policies.

► **Recours aux soins, surcharge pondérale, consommations d'alcool et de tabac... L'état de santé des jeunes juste avant la crise sanitaire**

GUIGNON, N., HAZO, J.B. ET COSTEMALLE, V.

2025

Études et Résultats (Drees)(1339)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250521_ER_État-de-sante-des-jeunes-avant-crise-sanitaire

Cette étude s'intéresse à l'état de santé des jeunes de 15 à 24 ans. Les résultats présentés dans cet Études et Résultats sont issus du volet français de l'enquête santé EHIS (European Health Interview Survey) réalisée en 2019. Cette étude propose une photographie de la santé des jeunes juste avant la crise sanitaire, avec un zoom sur différents indicateurs de santé et de recours aux soins. Elle décrit également certains déterminants individuels de santé, c'est-à-dire des comportements ou habitudes de vie qui peuvent avoir des conséquences à plus ou moins longue échéance sur le capital santé des jeunes, impacter leur qualité de vie et contribuer à diminuer leur espérance de vie.

► **Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans**

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2025

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

<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-2025-edition-speciale-20-ans>

À l'occasion de ses 20 ans, l'Institut national du cancer propose une édition spéciale de la brochure annuelle Panorama des cancers en France. Celle-ci revient sur l'évolution des principaux indicateurs épidémiologiques, de prévalence des expositions aux facteurs de risque et de prévention, de soins et en lien avec la recherche en oncologie. Elle aborde également l'évolution des cancers les plus fréquents depuis 20 ans. Dans les cas où ce recul de 20 ans n'a pas été possible, seules les données disponibles, fiables et complètes ont été retenues

► **WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2025

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>

The tenth WHO report on the global tobacco epidemic tracks the progress made by countries in tobacco control since 2008. The MPOWER technical package was designed to help countries adopt the demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. The 2025 report focuses on the W measure: warn about the dangers of tobacco and shows that with 6.1 billion people protected by at least one MPOWER measure at best-practice level many countries continue to make progress in the fight against tobacco. Four countries have now achieved the full MPOWER package while a further seven are only one measure away. At the same time 40 countries still have no MPOWER measure at best-practice level.

► **Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region**

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

2025

Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe (Health Policy Series 51)

<https://iris.who.int/handle/10665/381512>

This report on chronic respiratory diseases (CRDs) in the WHO European Region, developed by WHO and the European Respiratory Society (ERS), highlights that despite progress in reducing CRD mortality, their burden and related inequities remain high. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma are the most prevalent CRDs, with nearly 80% of CRD deaths caused by COPD. With an ageing population and multiple intertwined crises, COPD cases are projected to increase by 23% globally by 2050, with women and those living in low- and middle-income countries more greatly affected. Regional productivity loss between 30 and 74 years due to CRDs is estimated at US\$20.7 billion. Within the Region, disparities are evident, with high CRD prevalence in the western part, but high hospitalization and mortality rates in the eastern part. This report emphasizes the need for

integrated health system responses and prioritization of resources to address these disparities and advance CRD surveillance, research and innovation agendas. It provides a set of essential interventions, policy options and country examples, emphasizing the importance of tobacco and air quality control, addressing social determinants of health and ensuring continuum of care. By leveraging this report, countries can prioritize essential CRD interventions, enhance their health systems, reduce inequities and improve the quality of life for those living with CRDs.

► **World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

Genève, O.M.S.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381418/9789240110496-eng.pdf>

The World health statistics report is the annual compilation of health and health-related indicators, which has been published by the World Health Organization since 2005. The 2025 edition consolidates data for health-related indicators from the Sustainable Development Goals. It assesses progress towards the globally agreed targets, describes key challenges for the years ahead and includes reviews on global health topics such as healthy life expectancy and premature mortality, the Triple Billion targets, and inequalities in immunization.

► **COVID-19 and Subjective Well-Being in the United States: Age Matter**

SONG, Y.
2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17915)

<https://www.iza.org/publications/dp/17915>

Although the COVID-19 pandemic has affected everyone's life, the risk of hospitalization and death from COVID-19 increases exponentially with age. Using data from the 2013 and 2021 American Time Use Survey Well-Being Modules, this paper examines how various measures of subjective well-being have changed during the pandemic among two age groups in the United States: individuals aged 15 to 44 and those aged 45 to 85. The measures of subjective well-being include life evaluation and activity-level subjective well-being

measures: happiness, pain, sadness, stress, tiredness, and meaningfulness. The results indicate younger people felt less happy, more stressed, and less tired during the pandemic because their time use patterns, such as activity types, timing, and with whom, changed. However, there was no change in the life evaluation of the younger group. The older group felt more pain, sadder, and less meaningful during the pandemic, even after controlling for their health status and time use patterns, perhaps because they had lost many family members and friends to COVID-19. Their life evaluation increased during the pandemic, maybe because they began to better appreciate their life after the deaths of many people around them.

► **Child Well-Being in an Unpredictable World: Innocenti Report Card 19**

UNICEF
2025

Florence, UNICEF Innocenti Research Center

<https://www.unicef.org/innocenti/reports/child-well-being-unpredictable-world#report>

This report analyses recent trends in child well-being over a five-year period relating to the same six key indicators that were at the core of Report Card 16 published in 2020: life satisfaction, adolescent suicide, child mortality, overweight, academic proficiency and social skills. The report also seeks to understand the reasons for these trends and how they can inform actions to improve child well-being. It also presents a long-term perspective, looking at trends in key indicators of child well-being since 2000, when the first Innocenti Report Card was published.

Géographie de la santé

Geography of Health

► Action sanitaire et sociale : les initiatives des communes

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

Paris, I.G.A.S. (Rapport IGAS Igas 2024-074R)

<https://igas.gouv.fr/action-sanitaire-et-sociale-les-initiatives-des-communes-0>

Alors que les contraintes budgétaires et les interrogations sur les limites du « mille-feuille » de l'administration française sont plus vives que jamais, l'Inspection générale des affaires sociales a effectué une mission pour mieux cerner la place des communes dans l'action sociale et sanitaire et comprendre les motivations des élus. Le rapport décrypte la mécanique des projets communaux dans ce vaste domaine et propose des actions permettant de renforcer leur cohérence et leur efficacité sans peser sur les finances publiques nationales ou locales.

► Déserts médicaux : qu'en disent les géographes ?

BONAL, M. ET LUCAS-GABRIELLI, V.
2025

Podcast n° 6. Paris, Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/podcast-06-deserts-medicaux-qu-en-disent-les-geographes.html>

La question du manque de professionnels de santé, notamment en médecine de ville, est une préoccupation majeure des Français. Selon les derniers chiffres du baromètre d'opinion de la Drees, 56 % d'entre eux estiment qu'il n'y a pas suffisamment de médecins généralistes près de chez eux en 2023, et ce chiffre était de 21 % en 2002. Cette préoccupation reflète une situation de raréfaction de l'offre de soins et son inégale répartition sur le territoire, à la fois pour les soins de premier recours et les soins spécialisés, qui conduisent à d'importantes disparités entre régions et types d'espace. Dans les faits, cela se traduit par des difficultés à trouver des plages de soins non programmés, l'allongement des délais d'attentes pour un rendez-vous ou encore l'impossibilité de s'inscrire auprès d'un médecin traitant, qui concerne environ 11 % de la population adulte. Ces problèmes sont au cœur des débats actuels, avec un plan gouvernemental annoncé fin avril 2025

par le Premier ministre, ainsi que deux propositions de loi pour lutter contre les déserts médicaux. Marie Bonal et Véronique Lucas-Gabrielli, toutes deux géographes de la santé et chercheuses à l'Irdes, sont interrogées sur cette question d'actualité. Elles ont publié en mars 2025, avec Cindy Padilla et Guillaume Chevillard, un Document de travail intitulé « Une approche multi-professionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses ».

► Spatial Inefficiency of Hospital Locations in Southeastern USA

BURKEY, M.L., BHADURY, J. ET EISELT, H.A.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5281027

This paper attempts to quantify the spatial inefficiencies resulting from the current location of hospitals in four Southeastern states of USA (North Carolina, South Carolina, Tennessee & Virginia). The current set of hospital locations in each of these states are compared to the results of optimal locations using two different definitions of optimality criteria: minimizing average distance and maximizing population coverage (% of users located within some minimum acceptable threshold of travel time). Thereafter, this same comparison is repeated between actual locations and optimized locations but an analysis of the adverse impact of hospital closures in each state. We find that for average travel times and coverage, the current set of hospital locations in all four states exhibits significant spatial inefficiency in that fewer, but optimally located, hospitals would be capable of providing equivalent or better coverage. In terms of the adverse impact of hospital closures, we find that while the average increase in travel times due to closures is slightly more with the optimal locations, average travel times would still remain measurably less compared to current hospital locations even in the event of closures and coverage would deteriorate only slightly. Taken together, these observations collectively demonstrate the significant improvement in geographical access that would have occurred if hospitals had been located optimally in these four states.

► **Les pénuries en médecins spécialistes, hors médecine générale Pour une territorialisation, de la formation initiale à l'organisation du système de santé**

JUILLET, Y. ET DIOT, P.
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/les-penuries-en-medecins-specialistes-hors-medecine-generale-pour-une-territorialisation-de-la-formation-initiale-a-lorganisation-du-systeme-de-sante/>

La pénurie en médecins spécialistes est une réalité vécue au quotidien très négativement par les Français. Très inégalement répartie sur le territoire national, et fonction des spécialités, cette pénurie est en relation avec quatre phénomènes : un nombre encore insuffisant de spécialistes formés, eu égard aux besoins d'une population vieillissante et à la démographie médicale, une organisation des soins largement fondée sur l'offre et non sur une approche populationnelle, une répartition dans les territoires très déséquilibrée et insuffisamment adaptée aux réalités sanitaires locales, une

prise en compte insuffisante des facteurs d'attractivité avec un impact particulièrement préoccupant pour l'exercice libéral.

► **Pacte de lutte contre les déserts médicaux. Présentation par le Premier ministre du plan d'action pour renforcer l'accès aux soins des Français**

PREMIER MINISTRE
2025

Paris, Premier ministre

<https://www.ecologie.gouv.fr/presse/plan-daction-renforcer-laccès-aux-soins-français>

A l'occasion d'un déplacement dans le Cantal avec Catherine VAUTRIN, ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Philippe BAPTISTE, ministre chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Yannick NEUDER, ministre de la Santé et de l'Accès aux soins et de Françoise GATEL, ministre déléguée chargée de la Ruralité, le Premier ministre François BAYROU a présenté le plan d'action du Gouvernement pour renforcer l'accès aux soins des Français.

Disability

► **Panorama du handicap en France. Fiches pratiques**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://www.handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2025-06/Panorama-du-handicap-en-France-20-fiches-pratiques.pdf>

20 fiches pratiques qui tentent de couvrir toutes les problématiques liées au handicap.

► **Handicaps sévères de l'enfant, passage à l'âge adulte. Améliorer le parcours de santé afin d'accomplir ses projets de vie**

YELNIK, A.
2025

Paris, Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/handicaps-severes-de-lenfant-passage-a-lage-adulte-ameliorer-le-parcours-de-sante-afin-daccomplir-ses-projets-de-vie/>

L'adolescent, puis le jeune adulte en situation de handicaps sévères, présente une double vulnérabilité, celle de ses handicaps et celle de l'adolescence, période à risques dont ceux de comorbidités psychiques. Or, il est confronté au changement complet des équipes médicales, avec une spécialisation accrue et un changement de la relation médecin – patient ainsi que d'établissement médicosocial de vie qui lui sont imposés. Il y a ainsi, pour cet adulte en construction et pour ses parents, des risques graves de rupture de soins, de détresse psychologique et de rupture du parcours éducatif. Les questions traitées par ce rapport sont celles des enfants en situation de handicaps sévères, définis par le recours indispensable à une aide humaine pour leur autonomie au moins une partie du temps : paralysies cérébrales, troubles du spectre de

Handicap

l'autisme, maladies neuro-musculaires, troubles du développement intellectuel et polyhandicaps. Les points communs entre toutes ces situations, apparemment si différentes, sont nombreux et permettent de proposer des recommandations : considérer que l'âge n'est pas le seul facteur déterminant de la transition ; faciliter l'accès aux établissements médicaux sociaux

pour adultes par une simplification de leur financement, anticiper et coordonner le processus ; fonder le projet sur les compétences et les potentialités de la personne en s'appuyant sur des évaluations précoces, tracées, actualisées, détaillées et renouvelées ; prendre en compte la double vulnérabilité de la personne ; promouvoir la communication entre tous les acteurs.

Hôpital

Hospital

► Performance Pathways in Rural Healthcare: Insights from a Long-Term Analysis of Critical Access Hospitals

AFONSO, G.P., PAI, D.R. ET FIGUEIRA, J.R.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5240699

Critical access hospitals (CAHs) are vital for rural healthcare, yet their long-term performance often faces significant challenges. This study addresses this critical need by employing a novel integrated framework combining fuzzy network Data Envelopment Analysis (DEA) and the Hicks-Moorsteen Productivity Index (HMPI) to evaluate the efficiency dynamics of Pennsylvania CAHs over two decades (2003-2022). This approach dissects the interconnected efficiencies of inpatient, outpatient, emergency, and surgical services while accounting for data uncertainty and longitudinal productivity changes. Findings reveal consistently lower efficiency in emergency and surgical departments, with human resource allocation being a key driver of inefficiency. The COVID-19 pandemic caused a notable decline in overall performance, widening the efficiency gap between sub-units. Despite a slight overall productivity improvement indicated by the HMPI, significant heterogeneity and temporal variations underscore the necessity for targeted interventions. This research offers unique methodological contributions by synergistically integrating advanced quantitative techniques and provides crucial data-driven insights for CAH administrators and policymakers to optimize resource allocation, enhance service delivery, and ensure the long-term sustainability of these essential rural healthcare providers.

► The Effect of Urgent Care Centers on Emergency Department Attendance and Waiting Times

BRISTOW, P., LENZEN, S. ET CONNELLY, L.B.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5243075

The timeliness of hospital Emergency Department (ED) care continues to deteriorate in many countries around the world. Urgent care centers (UCCs) represent an alternative practice model that has recently been proposed and introduced in the state of Queensland, Australia, aimed at reducing non-urgent ED attendance. To examine the impact of this policy, we exploit the staggered opening of UCCs, studying their effects on ED attendance, waiting time to be seen, and nearby general practice attendance, using three modern difference-in-differences estimators and a generalized synthetic control method. We show that, while the number of ED presentations declined, they did so for only one treatment cohort, for which presentation numbers pre-treatment had seen a different trajectory compared to the controls, and thus we cannot conclude the decline was caused by the UCCs' opening. We find that the UCCs did not improve the timeliness of care provided, nor reduce the rate of attendance at local general practices. However, we find a striking 32% increase in the total number of presentations across the ED and UCCs combined. Potential mechanisms may be the lower time-price for UCC care, exposing latent demand. These findings have policy implications: when healthcare providers consider opening a UCC, the result may be a satisfaction of latent demand, rather than a reduction in ED attendance or waiting times.

► **Managing Policymakers' Biases in Dealing with Uncertain Hospital Capacity Needs**

CHISARI, O. ET ESTACHE, A.
2025

Bruxelles, Université Libre (Working Papers ECARES 2025-08)

https://econpapers.repec.org/paper/ecawpaper/2013_2f391422.htm?ref

We rely on a simple choice model of hospital-capacity decisions to highlight the relevance of policymakers' behavioural biases in the management of health care demand uncertainty. We show that matching ex-ante the design of the fiscal approach to financing hospitals with the policymakers' behavioural biases could reduce care-rationing risks. However, the effectiveness of the financing choice also depends on the levels of operational and social costs the policymakers decide to work with in their assessments of needs. The model can also be used ex-post to reveal undeclared behavioural biases and use this information to improve future financing policy designs.

► **Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support**

COUR DES COMPTES
2025

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025.]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75399>

La question de l'importance du personnel non soignant dans les hôpitaux publics est un thème d'enquête proposé sur la plateforme citoyenne de la Cour des comptes. Ceci est la preuve qu'elle correspond à une interrogation forte de nos concitoyens. L'examen des activités du personnel non soignant confirme qu'il est indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital public et les difficultés de comparaison de son importance avec le secteur privé ou avec l'étranger(I). Pour autant, des marges d'efficience doivent être recherchées dans les fonctions support auxquelles contribue le personnel non soignant (II).

► **L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler**

COUR DES COMPTES
2025

In [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025.]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75398>

La Cour a examiné les modalités et les causes du recours croissant à l'intérim paramédical (I). Elle alerte sur l'augmentation de la dépense et sur les effets induits pour le système de santé (II). Les solutions pour endiguer cette évolution passent par un encadrement renforcé et aussi par une évolution des pratiques (III).

► **Assessing the Estimands and Estimates of Hospitalization Rates in Health Economics and Clinical Medicine**

JAIN, A., PELED, G. ET OBRADOVIC, F.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33768)

<https://www.nber.org/papers/w33768>

Even though data on hospital admissions are widely used in health research, hospitalization-related quantities measured using these data are not always clearly conceptualized. Consequently, estimators of these quantities can have unclear rationales and undesirable properties. We evaluate three rate estimators for measuring hospitalization-related quantities that are of interest in health economics and clinical medicine subspecialties. Using the Grossman human capital model, we motivate the importance of measuring healthy time. We show that an upper bound on healthy time can be calculated using lengths of hospital stay without assumptions about health status outside the hospital. We find that an admission rate conventionally used in clinical research is a patient follow-up time weighted average that lacks a clear basis for the weights. We evaluate the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) use of risk-standardized readmission rates to penalize hospitals under the Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) and find that it may inadvertently conflict with disease-specific care aimed at reducing mortality risk. We show that risk-standardized rates can be sensitive to patient case mix, potentially leading to hospital rankings that do not reflect hospital quality. We also summarize debates regarding the effectiveness of risk-standardized readmission rates in reducing readmissions.

► **Swiss hospital financing with DRGs:
Are there treatments/- combinations
that are associated with profitability?**

JONAS, S.

2025

Switzerland, University of St. Gallen (Working Paper
Series in Health Economics, Management and Policy
2025-02)

<https://ideas.repec.org/p/zbw/hsgmed/202502.html>

Objective: This study aims to investigate whether specific treatments or combinations of treatments are significantly associated with the profitability of Swiss acute-care hospitals under the current diagnosis-related group (S-DRG) reimbursement system, while accounting for differences between public and private institutions. Methods: A comprehensive panel dataset of 142 Swiss acute-care hospitals, spanning from 2015 to 2022, was utilized, combining detailed financial and clinical case-level data. Profitability was assessed through hospital-level net financial results excluding deficit-covering payments. All cases were assigned uniquely to a medically homogeneous service group or area, as determined by Swiss hospital capacity planning. Fixed-effects panel regression models analyzed the associations between service areas and profitability, while an Apriori association rule mining algorithm identified service group combinations associated with profitability. Results: From 2015 to 2022, overall hospital profitability margins declined continuously, with public hospitals consistently reporting lower profitability than private hospitals (net profitability margin: 0.75% vs. 1.61%), despite receiving substantial subsidies (CHF 67.1 million vs. CHF 4.1 million). The primary panel regression revealed that three service areas are significantly associated with hospital profitability: Ear, nose and throat (16,778 CHF; $p < 0.05$), gynecology (27,456 CHF; $p < 0.01$), and heart (10,725 CHF; $p < 0.01$). The Apriori algorithm identified that the combination of the following service groups is most strongly linked to profitability: AUG1.2 (orbit, eyelids, tear ducts), BEW10 (plexus surgery), and GEF2 (interventional and endovascular vascular medicine; support: 0.051, confidence: 0.935, lift: 1.615). Conclusion: The analysis of hospital profitability based on the treatments and combinations of treatments performed indicates that the S-DRG reimbursement system is relatively fair. However, across all analyses, the heart service area is primarily associated with profitability, while the serious injury service area is mainly associated with losses. Therefore, minor adjustments to the S-DRG cost weights should be made to reduce this imbalance.

► **Hospital Mergers and Acquisitions
a Financial Profit Analysis**

NAWAZ, M. ET SHAKYA, S.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5242773

We analyzed net profit margins for For-profit, Government, and Non-profit hospitals using the National Academy for State Health Policy's Hospital Cost Tool database (2011-2022). We use generalized difference-in-differences and event-study frameworks to compare the net profit margin of the treatment group– hospitals with “one-time” mergers to the comparison group– hospitals without mergers. Government and Non-profit hospitals merging with For-profit hospitals increase net profit margins by 6.4 and 5.8 percentage points, respectively. Conversely, For-profit merging with Non-profit hospitals reduces net profit margins by 4.8 percentage points.

► **Patient Choice and Hospital Admissions
in Belgium**

SOUILLARD, B., HINOJOSA, J.C. ET BOUR, C.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5272018

What drives the hospital choice of Belgian patients? Based on a granular database of admissions at the hospital-commune level, this paper estimates a gravity model to cast light on the determinants of patient flows within Belgium. The results show that geographic distance is by far the most influential factor, explaining a significant part of the variance in the number of admissions between hospitals and communes. Its negative impact also varies with the characteristics of hospitals and communes. Furthermore, evidence reveals strong internal border effects between Flanders and Wallonia. These findings are highly relevant to health institutions responsible for regulating hospitals' activities. They are also valuable for antitrust authorities-especially in the context of ongoing hospital consolidation-as they improve our understanding of care areas, local markets, and competition dynamics among hospitals.

Health Inequalities

► Assessing Economic Barriers to Healthcare Access: A Multidimensional Deprivation Analysis

CLEMENT-MARCUELLO, M., GUTIERREZ, M.J. ET ORBE, S.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5269599

This article examines healthcare access deprivation, focusing on economic barriers. Using data from the 2020 European Survey of Health in Spain (ESHS), a multidimensional deprivation score is developed to measure individual limitations in access due to financial constraints. The main socioeconomic drivers of these deprivation scores are estimated using the Generalized Inflated Discrete Model (GIDM), which accounts for response inflation, including zero and intermediate. Based on these estimates, policy experiments involving education policy, considering income effects, and a dental care subsidy are designed and evaluated. The analysis reveals strong relationships between healthcare economic deprivation and socioeconomic, geographic, demographic, and social support factors. The main findings include: i) Tertiary education reduces the probability of deprivation by 27 percentage points (pp) compared to primary education. ii) Individuals in the highest income bracket face a 25 pp lower risk of deprivation than those in the lowest income group. iii) Females are more likely to experience deprivation than males, with a 4 pp gap, which diminishes as income or education levels rise. The evaluation of policy experiments shows that both education policy and dental care subsidy effectively reduce deprivation in terms of incidence, intensity, and inequality. The dental care subsidy is particularly effective in reducing incidence and inequality, while the education policy is more effective in reducing intensity. Despite this, the education policy is more cost-effective, being 21.5% less costly to achieve the same deprivation reduction. Education policies also promote economic self-sufficiency and a more sustainable long-term solution for addressing deprivation.

► Is Reducing Inequality in Health Behaviour Equal to Reducing Inequality in Health Outcome?

CANDIO, P. ET SALUSTRI, F.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5277012

Background: Strong evidence exists for a socioeconomic gradient in health outcomes in many countries around the world, with individuals from the most affluent backgrounds expecting to live up to ten years longer and in good health relative to those from disadvantaged communities. Local governments are responsible for addressing health inequity and often implement proportionate universal initiatives to promote health behaviours, such as physical activity. Notwithstanding the potential for these interventions to lead to positive distributional intervention effects, whether health inequity gaps will be reduced as a result depends on the relative improvements in health outcome by the different socioeconomic groups impacted by the intervention and how these health improvements are modelled analytically. Methods: In this article, we estimate the socioeconomic gradient in health gain from physical activity improvements by analysing data from a large population-based cohort dataset of adult residents in the United Kingdom. More specifically, we investigate the joint role of physical activity and an index of neighbourhood-level deprivation on excess weight. Findings: We find a large moderating effect of neighbourhood-level deprivation on the health gain induced by improved physical activity. Our results are robust to different model specifications, including pooled and longitudinal analysis which consider several socioeconomic and health-related controls, sub-sample analysis on healthy people, and the use of alternative health measures. Conclusions: In planning interventions to reduce health inequities, public health policymakers should carefully consider what intervention effects, and their distribution, they aim to target to avoid widening the existing health gaps across socioeconomic groups.

► **Panorama de l'évolution de la pauvreté et l'exclusion sociale entre 2015 et 2022**

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

Paris, C.N.L.E.

<https://solidarites.gouv.fr/publication-du-panorama-de-levolution-de-la-pauvrete-et-lexclusion-sociale-du-cnle>

Le Panorama de l'évolution de la pauvreté et l'exclusion sociale rend compte de l'évolution de la pauvreté en l'observant sur une période pluriannuelle et en procédant à un questionnement problématisé autour d'enjeux de connaissance importants pour l'action publique. La question au cœur de ce premier numéro est la suivante : pour quelles raisons la baisse importante du taux de chômage à partir de 2015 et jusqu'en 2022 n'a pas fait reculer la pauvreté ?

► **Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité**

DÉFENSEUR DES DROITS
2025

Paris, Défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-prevenir-les-discriminations-dans-les-parcours-de-soins-un-enjeu-degalite-853>

Afin de donner à voir l'étendue et la diversité des discriminations dans les soins, le rapport traite des discriminations d'abord dans l'accès aux soins (partie I), puis lors de la prise en charge des patients et patientes (partie II). Il s'attache également à souligner les conséquences durables de ces discriminations sur le parcours de soins et la santé des victimes (partie III). Enfin, dans un contexte où le recours au contentieux reste difficile et les politiques publiques en la matière insuffisantes, la Défenseure des droits appelle à une mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé et détaille une série de recommandations, afin de promouvoir durablement un égal parcours de soins à toutes et tous (partie IV).

► **World report on social determinants of health equity : Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>

Unacceptable gaps persist in how long people can expect to live healthy lives depending on where they live, the communities they belong to, their education level, their race and ethnicity, their income and wealth, their gender and whether they have a disability. The social determinants of health equity - that is, the conditions in which people are born, grow, live, work, and age, and people's access to power, money, and resources—have a powerful influence on these avoidable and unjust health gaps. This comprehensive World report on social determinants of health equity, as requested by resolution WHA74.16, reviews the insufficient progress on meeting the Commission on Social Determinants of Health's targets on achieving health equity and focuses the narrative and action agenda on what produces and reproduces health inequities and what proven policy remedies are available. The report includes 14 specific recommendations for action within four action areas. Country examples throughout the report showcase actions and diverse strategies for actioning the report's recommendations across different contexts. The report aims to inform global, national and local policymaking, providing a foundation for coordinated action and investment in social determinants of health equity.

► **La santé est politique. : La médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde ?**

SHEMA, M.
2025

Paris, Belfond

La médecine soigne tout le monde, partout et de la même manière ! Tel est le fondement de la médecine en France, pays de la Sécurité sociale et de la carte Vitale. Pourtant, depuis quelques années, de nombreuses voix s'élèvent contre cette croyance : l'épidémie de Covid a souligné une profonde fracture sociale et raciale dans l'accès aux soins et à la prévention, et les initiatives se multiplient pour dénoncer les violences gynécologiques et obstétricales dont sont victimes les femmes. Sans compter le fameux syndrome méditerranéen, ce cliché raciste qui pousse parfois les soignants à minimiser la souffrance des patients racisés et dont les effets peuvent être dramatiques. Miguel Shema montre ainsi que le monde médical n'échappe pas aux rapports de domination et que des biais racistes, hétérosexistes, classistes le traversent. En s'appuyant sur de nombreuses recherches mais

aussi sur sa riche expérience d'étudiant en médecine, il essaie de comprendre qui sont celles et ceux que la médecine laisse encore trop souvent de côté et, surtout, pourquoi il est encore si difficile d'interroger ces pratiques. (4^e couv.)

► **Institutional contexts and cognitive health inequalities: an analysis of educational gradients and gender differences in cognitive health expectancy in Europe**

STONKUTE, D., LORENTI, A. ET HALE, J.M.

2025

Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR Working Paper 2025-009)

<https://ideas.repec.org/p/dem/wpaper/wp-2025-009.html>

Variations in the accumulation and decline of cognitive reserve across different cultural and institutional contexts, as well as selective survival processes that influence which population groups remain at risk for cognitive impairment, may contribute to the heterogeneity of educational disparities in cognitive health

across European countries and between genders. We explore how educational disparities in Cognitive Health Expectancies (CHE) for men and women vary across different contextual settings in Europe, with a particular focus on Central and Eastern European (CEE) countries. Applying multivariate life table approach and the Sullivan methods to the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data, we estimated CHE by gender and education at age 50 and the proportion of CHE relative to remaining life expectancy, across 10 European countries. We found that educational inequalities in cognitive health are significantly influenced by national context, with some of the most pronounced effects in CEE countries, particularly for women. Despite higher overall educational attainment in CEE countries, the benefits typically associated with education did not translate equally across groups. The key divergence, which is most pronounced for women, occurs among those with low educational attainment, who appear to be highly disadvantaged. Substantially smaller disparities, such as observed in Northern European countries, suggest untapped potential for mitigating educational inequalities in cognitive ageing.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Le marché du médicament en 2024**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2025

In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025.]. Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

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

En 2024, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine a continué de progresser pour la sixième année consécutive (hors Covid). Il a atteint 26,4 Md€, en hausse de 6,0 % par rapport à 2023 (chiffre brut avant remises et clause de sauvegarde). Le chiffre d'affaires des médicaments rétrocédables et/ou hors GHS (Groupe Homogène de Séjour, financé via la part tarifs), appelé aussi liste en sus, qui constitue un sous ensemble du marché hospitalier, atteint quant à lui 10,9 Md€ en 2024, en hausse

de 7,1 % par rapport à 2023. La croissance des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) en officine et à l'hôpital (qui incluent les honoraires des pharmaciens et des grossistes), et nette des remises et clause de sauvegarde, s'est élevée à +5,7 % (cf. encadré 1). Sur le marché officinal, la croissance du CAHT est ralentie par rapport aux années précédentes en raison d'une décélération de l'effet de structure. Cette décélération peut s'expliquer par le tassement de la montée en charge rapide de produits très coûteux arrivés sur le marché ces dernières années et dans une moindre mesure par une importante arrivée de génériques en remplacement des princeps en 2024. Sur le marché hospitalier, hors GHS, la croissance du CAHT qui était très soutenue depuis plusieurs années ralentit en 2024. Ce ralentissement est dû en partie à de nombreuses sorties de médicaments du système d'accès précoce (AP), anciennement autorisation temporaire d'utilisation (ATU), sans pour autant que cette baisse soit pleinement compensée dans le segment de droit commun.

► **Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation**

COUR DES COMPTES
2025

In : [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025.]. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75405>

Les pharmacies ont, en France, le monopole de la vente aux particuliers des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). L'ouverture d'une officine, nécessairement par un pharmacien diplômé, est soumise à autorisation administrative, accordée en fonction d'un critère de population communale. L'essentiel des recettes des pharmacies est constitué par le remboursement, par l'assurance maladie, des médicaments dispensés à leurs clients. Ces principes contribuent à caractériser le modèle officinal français. En 2017, la Cour des comptes a publié une analyse du coût de la distribution des médicaments, en portant une attention particulière au réseau officinal. Elle concluait à un excès de densité des pharmacies dû à des niveaux de revenus élevés, permis par une rémunération trop favorable de la vente des médicaments génériques et

par les avantages offerts par l'exploitation sous statut de sociétés d'exercice libéral. Elle attirait toutefois l'attention sur des risques de difficultés d'accès aux médicaments dans les zones rurales. Depuis cette date, le modèle officinal a connu plusieurs évolutions. Le réseau s'est éclairci, plus rapidement dans les zones rurales, matérialisant le risque relevé dans le rapport de 2017. La Cour a examiné les dispositifs récents qui visent à y remédier (I). En parallèle, les missions des pharmaciens ont été étendues au-delà de la vente de médicaments, en réponse à la moindre disponibilité des médecins sur une grande partie du territoire. La pandémie de covid 19 a accéléré ce processus, conférant au pharmacien une place croissante dans le système de santé. Toutefois, les paramètres de la rémunération des officines n'évoluent que lentement au regard de ces changements de fond (II). Plusieurs facteurs peuvent aujourd'hui fragiliser ce modèle officinal : l'évolution démographique défavorable des pharmaciens, une financiarisation du secteur insuffisamment régulée et certains manques de transparence dans les relations des pharmaciens avec leurs fournisseurs. Ces risques appellent la vigilance du Gouvernement et des autorités chargées de l'encadrement et du suivi de ce secteur(III)

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **DREES : Rapport d'activité 2024**

DREES
2025

Paris, Drees.

https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-actualites-evenements/rapports/250527_RAPPORT_rapport-dactivite-2024

L'année 2024 a été riche en production avec la publication de 7 ouvrages, 48 études et 52 jeux de données. La DREES poursuit sa politique d'ouverture des données, algorithmes et codes sources avec la mise à disposition du code de 8 nouvelles études et de 3 modèles de microsimulation et projection. L'année passée a également été marquée par la préparation de nouvelles enquêtes et par de nombreux investissements méthodologiques afin d'améliorer de manière continue la qualité des données produites, et par la préparation

de nouvelles enquêtes. Dans cette édition du rapport d'activité, François Braun, médecin urgentiste, ancien ministre de la Santé et de la Prévention, apporte son éclairage sur le rôle de la DREES. Il revient notamment sur l'apport des travaux de la statistique publique pour évaluer et construire les politiques publiques.

► **Measuring Self-Reported Well-Being**

HEFFETZ, O. ET CASPI, Y.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33847)

<https://www.nber.org/papers/w33847>

What should researchers consider when designing experiments that (also) collect self-reported well-being (SWB) data? Focusing on experiments in economics, we examine the motivation behind SWB-data collection,

survey leading past examples, and highlight potential pitfalls and their proposed countermeasures. We offer three main messages and a call to action. First, SWB measures should be handled with caution, especially in experiments. Second, despite their limitations, SWB measures can be used cleverly in the lab to provide evidence on questions that choice data alone cannot answer. Third, when collected, analyzed, and interpreted with appropriate caution, SWB measures can be important policy-evaluation outcomes, complementing the inherently incomplete picture provided by more traditional outcomes. We call on researchers to carefully and thoughtfully collect (a variety of) SWB measures in their online, lab, and field experiments. Such a joint, decentralized effort would also mean that over time, SWB data get explored, accumulated, and, hopefully, better understood.

► **Point de vue des personnes accompagnées par les ESSMS : Des démarches pour exprimer, recueillir, analyser et prendre en compte leur expérience et leur satisfaction**

LAGARDE, C., JEANDEMANGE, L., SALOMON F.

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://has-sante.fr/jcms/p_3606889/fr/point-de-vue-des-personnes-accompagnees-par-les-essms

Le recueil du point de vue (expérience et satisfaction) des personnes accompagnées est la première des bien-traitances. Exprimer son opinion et ses préférences est

un droit fondamental et s'inscrit dans une démarche globale de promotion de la justice sociale visant à reconnaître l'autonomie, les capacités, les expériences et les savoirs des personnes. Elles sont les mieux placées pour exprimer comment elles perçoivent leur accompagnement, ce qui leur convient et ce qu'elles souhaitent. Ce document méthodologique vise à fournir des clefs essentielles permettant le recueil et la prise en compte effective du point de vue des personnes accompagnées.

► **Uncertainty in Empirical Economics**

SCHORFHEIDE, F. ET YOU, Z.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33962)

<https://www.nber.org/papers/w33962>

Econometricians invest substantial effort in constructing standard errors that yield valid inference under a hypothetical data-generating process. This paper asks a fundamental question: Are the uncertainty statements reported by applied researchers consistent with empirical frequencies? The short answer is no. Drawing on the forecasting literature, we predict estimates from "new" studies using estimates from corresponding baseline studies. By doing this across a large number of study groups and linking parameters through a hierarchical model, we compare stated probabilities to observed empirical frequencies. Alignment occurs only under limited external validity, namely, that the studies estimate different parameters.

Politique de santé

Health Policy

► **Cadre d'évaluation NEED 2025 : consensus d'experts européens et version de base**

CLAERMAN, R., KOHN, L. ET SCHONBORN, C.

2025

Bruxelles, K.C.E. (KCE Reports 401B)

<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/cadre-devaluation-need-2025-consensus-dexperts-europeens-et-version-de-base>

L'objectif du projet NEED est d'évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société d'une manière scientifique et structurée. Cette information, collectée dans une base de données dédiée, peut alors être utilisée pour éclairer l'innovation et les politiques en matière de soins de santé et les aider à mieux cibler les domaines où les besoins sont les plus importants. Ce nouveau rapport présente une version adaptée du cadre suite au consensus européen et à une discussion d'équipe interne. Il introduit également une

autre nouveauté, une « version de base » du cadre qui reprend un ensemble minimal de critères nécessaires à une évaluation pertinente des besoins non rencontrés liés à la santé. Celle-ci devrait permettre d'alimenter plus rapidement la base de données NEED, puisque ces évaluations de base nécessiteront moins de temps et de ressources tout en restant pertinentes pour la planification des soins de santé et la prise de décision.

► **Le plan européen pour vaincre le cancer : Rapport d'information**

GRUNY, P. ET JOMIER, B.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-672-notice.html>

Le cancer a été diagnostiqué chez 2,7 millions de personnes au sein de l'Union européenne en 2020. Cette maladie est la deuxième cause de mortalité au sein de l'Union et représente un véritable défi de santé publique tant elle affecte gravement les patients et leurs proches. C'est pourquoi la Commission européenne a présenté en février 2021 son plan européen pour vaincre le cancer. Sa mise en œuvre, entre 2021 et 2027, doit permettre de couvrir l'ensemble des axes de la lutte contre le cancer, à savoir la recherche, la prévention, le dépistage, l'accès aux soins et le soutien aux malades et aux survivants du cancer, avec le souci de réduire les inégalités et de lutter particulièrement contre les cancers de l'enfant. Ce plan manifeste un engagement politique particulièrement appuyé de la Commission européenne dans la lutte contre le cancer, comme l'a affirmé sa présidente, Mme Ursula von der Leyen, dès sa prise de fonction. Après quatre années de mise en œuvre de ce plan particulièrement ambitieux et alors que Mme Ursula von der Leyen entame son second mandat en tant que présidente de la Commission européenne, il apparaît utile de dresser un premier bilan de ce plan et d'en évaluer l'état d'avancement. Tel est l'objet de ce rapport qui dresse un bilan satisfaisant du plan cancer à mi-parcours, malgré un certain nombre d'insuffisances dans le domaine de la prévention, et qui présente des propositions pour élargir les ambitions européennes en la matière et pérenniser les actions en cours.

► **Spillovers from Public Health Policies in Schools: Evidence from COVID Mask Mandates**

GUZMAN, M.A., IMBERMAN, S.A. ET FILOSA, N.R.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33849)

<https://www.nber.org/papers/w33849>

Schools have long played a frontline role in efforts to contain infectious diseases and prevent spread to the wider community. These include vaccination requirements, school closures during periods of high illness, and the implementation of non-pharmaceutical interventions (NPI) during outbreaks. In this paper we investigate the impact of mask mandates in schools on COVID spread. We use event study and difference-in-differences models that exploit the removal of mask mandates in districts serving 50% of public school students in the U.S. surrounding the revocation of CDC guidance recommending school masking in February and early March of 2022. We estimate that going from 0% to 100% mandated masking in a county reduces COVID deaths by 0.57 per 100k people. We further estimate that the removal of mandates during this time contributed to 21800 COVID deaths through the rest of 2022, 9% of the U.S. total that year. Due to the fact that COVID deaths among students and, to a lesser extent, school staff were rare in the U.S. given school age profiles, we argue that the bulk of these deaths were from spillovers to residents in the wider community.

► **La HAS mobilisée pour la santé des femmes**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2025

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3608167/fr/la-has-mobilisee-pour-la-sante-des-femmes#

A l'occasion de la journée internationale d'action pour la santé de la femme, mercredi 28 mai 2025, la HAS fait le point sur ses dernières recommandations élaborées sur cet enjeu majeur. Avec une priorité : améliorer la prise en charge des femmes et mieux les accompagner tout au long de leur vie. Le dossier de presse aborde notamment les problématiques de l'obésité, de l'endométriose, le risque alcool et la vaccination chez les femmes enceintes.

► **La santé des Français : sortir de l'impasse**

REVEL, N.

2025

Paris, Terra Nova

<https://tnova.fr/societe/sante/la-sante-des-francais-sortir-de-limpasse/>

Alors que l'on célèbre cette année les 80 ans de la Sécurité sociale, les inquiétudes sur la soutenabilité de notre système de soins se multiplient. Le déficit de la branche maladie atteint un niveau record hors

crise sanitaire, alors qu'un mur démographique et épidémiologique se profile à l'horizon. Les solutions purement comptables et les facilités de court terme ne permettront ni de résoudre l'équation financière ni de relever les défis qui se présentent. Un autre modèle est à inventer. Selon Nicolas Revel, il doit se construire autour d'une nouvelle organisation du suivi des pathologies chroniques et faire le pari de la qualité des soins comme vecteur essentiel d'attractivité pour les soignants et de maîtrise des dépenses de santé.

Politique sociale

Social policy

► **L'aide sociale à l'enfance - Édition 2025 : Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées**

TARAYOUN, T., ABASSI, E. ET DIALLO, C.T.

2025

Les Dossiers de la Drees (131)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/250626_DD_aide-sociale-enfance-edition-2025

Cette étude rassemble et synthétise de nombreuses données statistiques disponibles sur l'aide sociale à l'enfance (ASE). Elle dresse un portrait des bénéficiaires,

un état des lieux des mesures dont ils font l'objet, ainsi que des dépenses départementales associées. Pour la première fois, la DREES y présente une estimation du nombre total de bénéficiaires d'une mesure d'ASE. L'étude analyse également les tendances nationales et les disparités départementales. Elle s'appuie pour cela sur plusieurs sources de données, dont l'enquête Aide sociale réalisée chaque année par la DREES auprès des départements. Cette étude présente aussi les caractéristiques des jeunes accueillis dans les établissements de l'ASE en s'appuyant sur les données issues de l'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE).

Prévention

Prevention

► **Sources of Generational Persistence in the Effects of Early-Life Health Interventions**

ABRAHAMSSON, S.S., BUTIKOFER, A. ET LOKEN, K.V.

2025

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

<https://www.nber.org/papers/w33612>

We document that the long-run economic benefits of a low-cost early-life health intervention transmit to later

generations, but only for children of exposed mothers. We provide novel evidence that the program improved mothers' marriage outcomes but had limited effects on fathers' partnering decisions. Changes in assortative mating patterns may, therefore, be an important mechanism behind program-induced intergenerational spillovers. We also show that the intervention significantly increased economic mobility across three generations, suggesting that early health interventions may be important candidates for reducing the cycle of poverty.

► **Promoting good mental health in children and young adults**

DEVAUX, M. ET CECCHINI, M.

2025

Paris, Oede

https://www.oecd.org/en/publications/promoting-good-mental-health-in-children-and-young-adults_ebb8aa47-en.html

Children and young people's mental health is a critical public health concern, with depression and anxiety among the most common conditions in EU/EEA countries. Mental ill-health symptoms can go unrecognised, and without timely intervention, mild to moderate symptoms can escalate into more severe disorders. With support from the European Commission, the OECD has identified and evaluated 11 best practices for preventing mental ill-health and promoting good mental health. This report offers policy makers effective strategies to safeguard the mental health of future generations, enhancing their well-being, productivity,

and long-term prosperity.

► **Évaluation in itinere de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2025

Paris, H.C.S.P

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1430>

Le HCSP fait le point dans ce rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025. Ce rapport vise à identifier les avancées réalisées, les défis persistants, et à formuler des recommandations pour renforcer l'efficacité des actions mises en place dans le cadre de cette stratégie.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Social media usage and adolescents' mental health in the EU**

BERTONI, E., CENTENO, L. ET CACHIA, R.

2025

Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne (JRC Publications Repository JRC141047)

<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC141047>

In 2022, 96% of 15-year-olds in the EU used social media daily, with 37% spending over three hours per day on these platforms. Results from a representative sample of over 40,000 adolescents from four EU countries show that excessive social media usage is associated with negative mental health outcomes, including depression and anxiety. Policy interventions and future research should consider both the intensity of social media use and specific vulnerabilities of different demographic groups, especially young females. Gender-sensitive and context-specific policies are essential to address disparities and challenges across Member States.

► **Santé mentale des jeunes : Rapport du panel citoyen composé de 20 jeunes âgés de 12 à 18 ans**

CONSEIL ÉCONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

2025

Paris, C.E.S.E.

<https://www.lecese.fr/actualites/sante-mentale-des-jeunes-un-rapport-par-les-jeunes>

Le Conseil économique, social et environnemental a mis en place un dispositif de participation citoyenne associant 20 jeunes à ses travaux sur le sujet de la santé mentale des jeunes. Ils se sont réunis pour deux séquences de travail au CESE du 14 au 17 avril et du 22 au 23 mai 2025. À l'issue de ces sessions de travail ils ont formulé des propositions et ont adopté leur rapport. Les jeunes ont identifié trois thématiques prioritaires pour améliorer leur bien-être mental. Ils insistent notamment sur l'importance de reconnaître leur parole, de valoriser leurs expériences, et de créer des conditions favorables à leur épanouissement. C'est

à travers trois questions qu'ils ont posé les enjeux qui leur semblent cruciaux : Comment l'environnement personnel des enfants et des jeunes peut-il soutenir leur santé mentale ? Comment protéger la santé mentale des enfants et des jeunes face aux discriminations et au jugement ? Comment transformer le système scolaire pour qu'il soit au service de la santé mentale des enfants et des jeunes ?

► **Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies**

HAZO, J.B.

2025

Études et Résultats (Drees)(1340)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-Etat-des-lieux

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude dédiée à la santé mentale à partir des données les plus récentes de l'enquête EpiCov. L'enquête couvre la période 2020-2022 à l'aide d'un panel d'environ 64 000 participants représentatif de la population vivant en France et âgée de 15 ou plus au démarrage de l'enquête. L'étude rend compte de l'évolution de certains indicateurs de santé mentale tels que les syndromes dépressifs et les pensées suicidaires dans cette population ainsi que les difficultés psychosociales chez les mineurs. Des données sur le recours aux soins de santé mentale, les inégalités sociales, l'expérience de discriminations, l'orientation sexuelle ainsi que l'usage des écrans et des réseaux sociaux sont également analysées. L'étude met en exergue certains facteurs liés à la santé mentale dégradée qui se retrouvent notamment chez les femmes âgées de moins de trente ans.

► **Plan psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-psychiatrie-reperer-soigner-reconstruire>

La santé mentale est l'affaire de tous. Elle traverse nos vies, nos familles, nos écoles, nos lieux de travail. Depuis trop longtemps, elle a été reléguée au second plan de nos politiques de santé. Ce déni collectif, nous

le payons cher : dans la détresse des jeunes, dans l'isolement des personnes fragiles, dans l'épuisement des soignants, dans l'angoisse de celles et ceux qui ne savent plus à quelle porte frapper. Ce plan psychiatrie est un plan de sursaut et de refondation. Il n'ajoute pas quelques mesures à une liste déjà longue. Il change de logique. Il part de la crise de sens et de moyens que connaît la psychiatrie. Il l'écoute, il la regarde en face, et il répond. Il choisit de la reconstruire non pas autour de la seule urgence ou de l'hôpital, mais depuis la base : l'école, les médecins généralistes, les CMP, les soignants du quotidien. Nous avons collectivement une dette envers la psychiatrie publique. Et une ambition : faire en sorte que chacun, quelle que soit son histoire, puisse trouver à temps un soutien, un soin, un chemin de rétablissement. Nous allons mieux repérer, mieux soigner, mieux accompagner. Nous allons remettre de l'humain, de la cohérence, de la confiance. Ce plan n'est pas un aboutissement : c'est un point de départ. Celui d'un engagement durable, à la hauteur de ce que nous devons à celles et ceux qui vivent avec un trouble psychique, et à celles et ceux qui les soignent».

► **Santé mentale et psychiatrie : mise en œuvre de la feuille de route : État d'avancement au 1^{er} mai 2025**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2025

Paris, Ministère chargé de la Santé

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

La présentation de l'état d'avancement, suit la structure des trois axes initiaux et recouvre aujourd'hui de facto une cinquantaine d'actions : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ; Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

► **Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2025

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819>

Momentum is growing globally for rights-based, person-centered, and recovery-oriented mental health policies and action plans, ensuring equitable access to quality services within Universal Health Coverage (UHC). This publication provides a clear framework for strengthening leadership, governance, service delivery, and workforce capacity. It highlights mental health's connection to social and structural determinants—such as poverty, housing, education, and employment—offering actionable strategies to address these, combat stigma and discrimination, and expand access to care. It emphasizes the crucial role of people with lived experience in shaping inclusive, responsive systems and advocates for cross-sector collaboration to deliver holistic support, integrating lifestyle, and physical health, psychological, social, and economic interventions while promoting well-being and prevention.

► **Mental health systems capacity in European Union Member States, Iceland and Norway**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2025

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

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-9529-49301-73695>

WHO, with the support of the European Commission Directorate-General for Health and Food Safety and the Organisation for Economic Co-operation and Development, created a survey to explore the capacity of EU Member States, Iceland and Norway (29 countries) to promote mental health and prevent and manage mental health conditions. The survey also sought to identify the key challenges to and enablers of policies and health systems for improved prevention and management of mental health conditions. All countries responded to the survey. Nearly every country had a mental health policy or strategy in place, but implementation varied according to the policy area. The most common barrier to implementation was a lack of availability and coverage of the workforce, whereas the most common enablers concerned mechanisms for stakeholder cooperation and strong buy-in from said stakeholders. Recommendations for countries include scaling up capacity building for the mental health workforce and building policies with implementation in mind, including better monitoring and evaluation data.

► **The Impact of Teaching Coping Skills in Schools on Youth Mental Health and Academic Achievement: Evidence from a Field Experiment**

REGE, M., BRU, E. ET SOLLI, I.F.

2025

Munich, CESifo (CESifo Working Paper 11742)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5188227

Effective and scalable strategies for promoting youth mental health are urgently needed. We conducted a randomized controlled trial to assess the impact of school-based, teacher-led coping skills instruction on youth mental health and academic achievement. The trial included 84 classes and 1,879 ninth-grade students (ages 14–15) in Norway. Findings indicate improved mental well-being and reduced emotional distress at a one-year follow-up, particularly among students with low baseline well-being. The intervention also enhanced academic motivation and increased the likelihood of choosing an academic high school track. Additionally, it had a positive effect on math performance among students with initially low academic motivation, but no significant effects on performance in English or Norwegian.

► **Understanding and addressing inequalities in mental health**

VARGAS LOPES, F. ET LLENA-NOZAL, A.

2025

Paris, Ocdé (OECD Health Working Paper 180)

https://www.oecd.org/en/publications/understanding-and-addressing-inequalities-in-mental-health_56adb10f-en.html

Mental health status is not homogenous across populations but differs between males and females and by sexual orientation, ethnicity and indigeneity, migration status and socio-economic status, among others. Inequalities in mental health are often aggravated by inequalities in access to and quality of mental health-care, which are more likely to negatively impact people in vulnerable circumstances. This Working Paper starts with an overview of inequalities in mental health status and access, experience and outcomes of mental health care, quantifying these differences and reviewing their determinants and risk factors. The second part of the paper strengthens the evidence base on policies to address the inequalities identified. Using information collected from 37 OECD countries through a questionnaire and interviews, it characterises policy adoption

in the promotion of good mental health and prevention of mental-ill health, access to responsive and high-quality mental health care and the improvement of treatment experiences and outcomes for groups in most vulnerable circumstances and at higher risk. The paper highlights relevant and innovative strategies

implemented by countries in addressing inequalities and complements country information with evidence from the literature on what interventions seem effective to reinforce population mental health resilience and close the mental health gaps.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Do Physicians Follow the Golden Rule? Evidence of Imperfect Agency and Moral Hazard from Physicians' Self-Prescriptions**

CARRERA, M. ET SKIPPER, N.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33954)

<https://www.nber.org/papers/w33954>

Using data on prescriptions for cholesterol-lowering drugs (statins), we study differences in the treatments chosen by Danish physicians for themselves versus for their patients. We estimate that physicians discount patient health benefit relative to their own, valuing the additional potency of a stronger statin by significantly more if it is for their own use. We exploit variation in expected coinsurance to estimate that moral hazard accounts for a modest share, no more than 15%, of this additional valuation. Statin-using physicians also respond more quickly to a patent expiration, suggesting greater effort to stay informed on drug classes they personally use.

► **Profession médecine générale. Référentiel professionnel de la médecine générale**

COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

2025

Paris, Collège de la Médecine Générale

<https://www.cmg.fr/profession-medecine-generale/>

Ce nouveau référentiel professionnel de la médecine générale prend acte des évolutions du métier, affiche les «valeurs» et les «compétences» des généralistes, et décrit ses activités et ses «missions».

► **Les pharmaciens : Panorama au 1^{er} janvier 2025**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

2025

Paris, C.N.O.P.

<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2025>

Fort de sa feuille de route lancée il y a maintenant 3 ans, l'Ordre national des pharmaciens dévoile les chiffres clés de la démographie pour 2024 et dresse un bilan des actions menées en faveur de la démographie et de l'attractivité. Avec 75 080 pharmaciens inscrits au 1^{er} janvier 2025, la profession atteint son plus haut niveau depuis dix ans. Mais au-delà de cette dynamique encourageante, certains indicateurs appellent toutefois à une vigilance renforcée.

► **Self-Selection into Health Professions**

FEDELE, A., TONIN, M. ET WIESEN, D.

2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17941)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5282934

The health sector requires skilled, altruistic, and motivated individuals to perform complex tasks for which ex-post incentives may prove ineffective. Understanding the determinants of self-selection into health professions is therefore critical. We investigate this issue relying on data from surveys and incentivized dictator games. We compare applicants to medical and healthcare schools in Italy and Austria with non-applicants from the same regions and age

cohorts. Drawing on a wide range of individual characteristics, we employ machine learning techniques for variable selection. Our findings show that higher cognitive ability, greater altruism, and the personality trait of conscientiousness are positively associated with the likelihood of applying to medical or nursing school, while neuroticism is negatively associated. Additionally, individuals with a strong identification with societal goals and those with parents working as doctors are more likely to pursue medical education. These results provide evidence of capable, altruistic, and motivated individuals self-selecting into the health sector, a necessary condition for building a high-quality healthcare workforce.

► **Understanding doctors' decision-making regarding migrating to the UK**

GENERAL MEDICAL COUNCIL
2025

Londres, G.M.C.

<https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/data-and-research/research-and-insight-archive/understanding-doctors-decision-making-regarding-migrating-to-the-uk>

This research focuses on the factors that motivate overseas-qualified doctors to pursue their careers in the UK or go elsewhere. With doctors known to be a highly skilled and mobile workforce, the research set out to better understand where the UK sits within the global market for their skills. By better understanding the motivations, expectations and perceptions of doctors who are migrating to the UK, the research can support workforce planners and policy makers in their efforts to attract and retain a sustainable medical workforce.

► **General practice across England**

HODDINOTT, S.
2025

Londres, Nuffield Trust

https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/2025-04/performance-tracker-local-gp-england_2.pdf

This report looks at the variation in general practice performance across England, comparing GP practice characteristics to examine what might explain differences in performance around the country. It shows that patient satisfaction is higher in GP practices that have more GPs (particularly GP partners), have smaller list sizes, deliver more GP appointments, and do more of those appointments face-to-face. However, the number

of GP partners continues to fall, particularly among those aged under 40. GP practices do far more appointments remotely than they did before the pandemic. The closure and merging of practices means that patient list sizes continue to creep up.

► **Permettre à tous de bénéficier d'une alimentation de qualité en quantité suffisante : avis du CESE**

JOSEPH, J.L. ET MARMIER, D.
2025

Paris, C.E.S.E.

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/permettre-tous-de-beneficier-dune-alimentation-de-qualite-en-quantite-suffisante>

Alors que boire et manger font partie de nos besoins primaires comme respirer et dormir, s'alimenter se révèle aujourd'hui plus problématique qu'il n'y paraît : progression des pathologies liées à l'alimentation, cherté des produits, précarité voire insécurité alimentaire, évolution des comportements, dépendance des importations, insuffisance de l'aide alimentaire face à l'ampleur des besoins. Le CESE propose dans cet avis d'agir avec des préconisations à la fois stratégiques sur la gouvernance et d'autres très opérationnelles. Ces actions convergent vers un appel du CESE à faire de l'accès de tous à une alimentation saine et de qualité une « Grande cause nationale ».

► **Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : différents profils d'activité**

KARNYCHEFF, T., CHEVILLARD, G. ET VOILLEQUIN, S.
2025

Santé publique 37(2) : 127-144.

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-2-page-127>

Introduction : En France le suivi gynécologique est assuré par trois types de professionnels de santé : les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. L'objectif de cette étude est de décrire au niveau national l'activité de suivi gynécologique de ces différents professionnels de santé libéraux. Méthode : Étude descriptive et analytique d'actes marqueurs d'une activité de suivi gynécologique (prélèvement cervico-vaginal, actes techniques de contraception et première consultation de contraception et prévention) des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes ayant une activité libérale en 2022 à

partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) afin d'établir des profils de professionnels de santé par des méthodes d'analyses multivariées (analyse en composante principale et classification ascendante). Résultats : Trois profils de gynécologues, cinq profils de médecins généralistes et quatre profils de sages-femmes se distinguent par l'intensité de leur activité de suivi gynécologique et leur spécialisation sur certains types d'actes. Les professionnels avec une activité de suivi gynécologique importante ont souvent une activité libérale particulièrement intensive, sont plus souvent des femmes et appartiennent aux tranches d'âge les plus jeunes. La répartition territoriale des professionnels avec une activité de suivi gynécologique importante est différenciée selon les professions. Conclusion : Nous montrons une importante hétérogénéité concernant le suivi gynécologique, aussi bien entre les différents types de professionnels qu'au sein d'une même profession. Comprendre l'offre en matière de suivi gynécologique et ses dynamiques implique donc de prendre en compte la variété des acteurs au niveau inter et intra-professionnel.

► **Administrative Fragmentation in Health Care**

LEAGUE, R. ET SHI, M.
2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33863)
<https://www.nber.org/papers/w33863>

This paper examines the impact of reducing the administrative fragmentation of billing and payment, one commonly cited cause of inefficiency in US health care. We study a Medicare reform that consolidated billing processes across service types, using its staggered roll-out and hospitals' prior levels of administrative fragmentation for identification. The reform dramatically reduced fragmentation and modestly lowered claim denial rates but had no effect on spending, post-discharge care, or rehospitalizations. It also did not affect administrative costs or technology adoption. These findings suggest that addressing administrative fragmentation alone is unlikely to significantly improve health care efficiency.

► **Competition, Conformism and the Low Adoption of a Generous Pricing Scheme Offered to Physicians**

MONTMARTIN, B. ET LAMBOTTE, M.
2025

Nice, Université Côte-d'Azur (GREDEG Working Paper 2025-17)

<https://ideas.repec.org/p/gre/wpaper/2025-17.html>

This paper proposes a structural econometric approach to examine how individual decisions are influenced by various sources of interaction, modeled through a multiplex network. Specifically, we develop a binary choice model under incomplete information that captures two distinct micro-founded interaction mechanisms: spatial competition and conformity to social norms. We apply our game theoretical framework to analyze the choices made by private physicians regarding the adoption of a new pricing scheme in France, designed to enhance patient access to care while being economically beneficial for most physicians. Our analysis utilizes a unique geolocalized dataset that covers the entire population of physicians across three medical specialties. We find compelling evidence of a significant preference for conformity, while competitive interactions in physician decision appear minimal. These findings largely explain the low adoption rates of the new pricing scheme, as simulations and counterfactual analyses suggest that a substantially higher uptake rate would occur if physicians operated in isolation or were indifferent to conformity. Lastly, we discuss the implications of neglecting relevant sources of interaction in a structural model, which can lead to ineffective policy design.

► **Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2022

Paris, Ocd

https://www.oecd.org/en/publications/equipping-health-workers-with-the-right-skills_9b83282e-en.html

The COVID-19 pandemic further exacerbated the long-standing skills shortages in the health workforce across countries. Equipping health workers with the right skills is essential to respond to future health crises, to prepare for increasing use of digital technologies, and to plan for demographic change. This joint

report by the OECD and ILO aims to enable more resilient health workforces by helping countries to assess future demand in terms of both numbers of health workers and skills needs, and to prepare appropriate policy responses. The report provides a comparative overview of practices in 16 countries to anticipate future skill needs in the health workforce, and of how such information is used by policy makers and social partners to foster a better alignment with labour market needs. Analysis is based on interviews with institutions that are responsible for anticipating skill needs in the health workforce, a virtual peer-learning workshop and desk research.

► **The Impact of Physician-Patient Gender Match on Healthcare Quality: An Experiment in China**

SI, Y., CHEN, G. ET ZHOU, Z.

2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17894)

<https://www.iza.org/index.php/publications/dp/17894/the-impact-of-physician-patient-gender-match-on-healthcare-quality-an-experiment-in-china>

There is a lack of understanding of what may drive gender disparities in healthcare utilization and outcomes. We present novel evidence on the impact of physician-patient gender match on healthcare quality using standardized patients (SPs) in an experiment, and collected interactions between SPs and physicians in a primary care setting. We find that, compared with female physicians treating female SPs, female physicians treating male SPs had a 23.4 pp increase in correct diagnosis and a 19.0 pp increase in correct drug prescriptions. Despite substantial gains in healthcare quality, there was no significant rise in medical costs or time investment. The gains in care quality were partly attributed to better physician-patient communications, not the presence of more clinical information. More importantly, female physicians treating male SPs prescribed more unnecessary tests but fewer unnecessary drugs to balance their time commitment and costs. The results suggest the role of gender norms and physician defensive behavior when female physicians treat male SPs. Our findings imply that improving patient centeredness may lead to significant gains in the quality of healthcare with modest costs, while reducing gender gaps in care quality.

► **Do Private Sector Fees Influence Medicare Fees? The Case of RBRVS Updates**

WEDIG, G.J.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5230495

I examine annual updates to the «work» component of Medicare's Resource-based Relative Value Scale, the primary determinant of physician fees in the Medicare program. Periodic changes are recommended by a physician-controlled entity, the Relative Value Scale Update Committee (RUC) and ratified by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Using data on RVU updates and RUC deliberations I find, consistent with past research, that CMS ratifies close to 100% of the RUC-recommended changes. However, I also advance a novel finding: both RUC and CMS updates are positively influenced by the average differential between private sector and Medicare fees. Therefore, the path of causation does not simply run from Medicare to private fees as found in some prior research-private sector fee levels influence public sector fees as well.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **Gérer sa santé avec un diabète de type 2.
Les apports de la recherche qualitative
Diab-Quali**

BALLET, D., BALCOU-DEBUSSCHE, M., FOURNIER, C.,
et al.

2025

Questions d'Economie de la santé (299). Paris, Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/2025/qes-299-gerer-sa-sante-avec-un-diabete-de-type-2.html>

Comment les personnes touchées par un diabète de type 2 gèrent-elles leur santé au fil de l'évolution de la maladie, selon leur situation sociale et les ressources dont elles disposent ? Des entretiens ont été menés entre 2020 et 2022 avec 84 personnes atteintes de cette pathologie, dans cinq régions françaises (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Ile-de-France, Provence-Alpes-

Côte-d'Azur et Ile de La Réunion), dans un contexte sanitaire instable dû à l'épidémie de Covid-19. Ces personnes, aux profils diversifiés, déclarent pour la plupart adhérer au traitement recommandé pour leur santé. Leurs logiques d'actions sont liées notamment à leur littératie en santé, et à leurs rapports différenciés à l'alimentation, à l'activité physique, ainsi qu'au traitement et au suivi de la maladie. L'importance du soutien social, de l'accès à une éducation thérapeutique et de la qualité des relations entretenues avec les professionnels de santé a également été observée. En soulignant ce qui facilite ou, au contraire, rend plus difficile une gestion de la santé conforme aux recommandations médicales, cette recherche offre des pistes aux pouvoirs publics et aux soignants pour mieux organiser leur accompagnement, en réponse aux besoins diversifiés des personnes vivant avec un diabète.

Travail et santé

Occupational Health

► **An Overworked Leave? Health Care
Workforce Effects of Brexit**

COSTA-FONT, J. ET VILAPLANA-PRIETO, C.

2025

Bonn, I.Z.A. (IZA Discussion Paper 17895)

<https://www.iza.org/publications/dp/17895/an-overworked-leave-health-care-workforce-effects-of-brexit>

We study the impact of the Brexit referendum on the quality of employment and working conditions of workers in the National Health Service (NHS). Using a difference-in-differences (DiD) design and propensity score matching to compare NHS employees with a control group referring to occupations less exposed to employees from the European Union (EU) before Brexit. We document that Brexit led to the average reduction of job satisfaction by 1.39% - largest for physicians (2.6%) and nurses (2.4%) - and an increase of both paid (1.75 hours/week) and unpaid working hours (8.3 hours/week). Nonetheless, the effect was heterogeneous despite the general rise in working

time. Indeed, job satisfaction fell by 2.6% among British workers but increased by 3% among overseas workers. These changes were accompanied by a comparable reduction in leisure time and a higher likelihood of workers intending to leave their jobs, suggesting broader behavioural effects that may undermine NHS productivity.

► **Les pensions d'invalidité : des évolutions
nécessaires, un retour à l'emploi
à favoriser**

COUR DES COMPTES

2025

**In [La sécurité sociale : rapport sur l'application de
financement de la sécurité sociale 2025.]. Paris, Cour
des comptes**

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75407>

Les pensions d'invalidité sont versées par la sécurité sociale aux assurés dont la capacité de travail ou de

gain est fortement réduite à la suite d'un accident ou d'une maladie n'ayant pas une origine professionnelle. Le régime général concentre près de neuf bénéficiaires de ces pensions sur dix, ainsi que l'essentiel des dépenses. Celles-ci couvrent à la fois les dépenses de prestations et celles découlant des droits liés à l'invalidité en matière de retraite et d'exonération du ticket modérateur pour l'essentiel des frais de santé. En 2019, la Cour observait que l'invalidité était un dispositif mal connu et peu suivi, malgré des dépenses dynamiques. Six ans plus tard, elle a souhaité examiner si la dépense poursuivait sa progression rapide et analyser les déterminants de son évolution. Elle a aussi cherché à évaluer, dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux, le fonctionnement du dispositif dans le régime général et sa capacité à favoriser le retour à l'emploi quand l'état de santé des personnes s'améliore. Le nombre élevé de bénéficiaires de pensions d'invalidité, dont la majorité est jugée « absolument incapable » de travailler selon les termes du code de la sécurité sociale, contribue à l'importance des dépenses, même si celles-ci ont crû moins rapidement au cours des dernières années (I). L'efficacité du dispositif serait améliorée si l'invalidité était mieux suivie et si les médecins-conseils de l'assurance maladie, qui décident des mises en invalidité, étaient mieux outillés pour apprécier la capacité de travail et de gain des assurés (II). Le retour à l'emploi, lorsqu'il est possible, est un enjeu essentiel pour les assurés comme pour les finances sociales, ce qui nécessite une intensification des actions en amont de la mise en invalidité et en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (III).

► **Les prestations indemnifiant l'incapacité permanente liée à un AT-MP**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2025

In [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025]. Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

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

Les prestations indemnifiant l'incapacité permanente (IP) liée à un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP) ont représenté 6,0 Md€ de dépenses de Sécurité sociale en 2024. Ces dépenses sont portées à 78 % par la branche des accidents du travail – maladies professionnelles du régime général (CNAMATMP), soit à hauteur de 4,7 Md€. Calculées

en fonction du taux d'IP et du revenu, 1,3 million de prestations ont été versées au régime général en 2023 pour une moyenne de 3 410 € par an. Elles prennent la forme d'un capital pour les IP de moins de 10 %, ou de rentes viagères pour les victimes. Si elles décèdent, ses ayants droit peuvent bénéficier d'une rente. Les rentes viagères de victime et d'ayant droit représentent 98 % des dépenses.

► **Rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail**

EXPERT, C., LANOUZIERE, H. ET SEILLER, S.
2019

Paris, I.G.A.S. (Rapport IGAS Igas 2019-031R)

<https://www.igas.gouv.fr/rapport-dexpertise-sur-la-reforme-de-la-sante-au-travail>

Ce rapport d'expertise avait été commandité dans le cadre des travaux préparatoires aux négociations interprofessionnelles de 2020 et à la loi d'août 21 relative afin de renforcer la prévention et la santé au travail.

► **Midlife Crisis: The Labor and Health Impacts of the Menopause Transition**

JUAREZ, L. ET MARQUEZ-PADILLA, F.
2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5264120

We estimate the labor and health effects of the menopause transition for U.S. women. Using data from two panel surveys, the NLSYW and the SWAN, and an event study methodology that exploits individual-level variation in the timing of menopause, we find that this transition significantly reduces women's employment and, for employed women, increases the probability of working part-time. We find no evidence of an effect on earnings, but do find an increase in the probability of receiving Social Security disability benefits and a decrease in the probability of being married. Regarding health, menopause significantly raises the likelihood of osteoporosis diagnoses and bone fractures, but has no significant effects on other chronic conditions, like high blood pressure and diabetes. We also find an increase in menopause-related care as measured by use of hormone replacement therapy (HRT). Estimated effects vary by education and race, with White and more educated women showing larger labor impacts and higher HRT uptake than women with lower edu-

cation or who are Non-White. Finally, we exploit the exogenous variation in HRT take-up induced by the 2002 Women's Health Initiative Study, and show that HRT mitigates the negative impacts of menopause on labor and health outcomes, especially those related to bone health. Our results contribute to the emerging literature on the «menopause penalty» and highlight the importance of menopause-related care.

► **Effort, Identity, and Employee Mental Health**

KRANTON, R. ET THOMAS, D.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33812)

<https://www.nber.org/papers/w33812>

Why do workers exert effort at their tasks and what are the implications for their well-being when greater effort is necessary? This paper, which studies univer-

sity employees during the Covid-19 pandemic, provides empirical evidence that identity – in terms of both the importance of work to employees' sense of self and the extent to which their employer shares their values – is related to both effort and productivity. Those employees who feel work is important to them and feel the university does not share their values report exerting more effort but accomplishing less, relative to a pre-pandemic benchmark. Furthermore, all these factors are associated with employee's reported mental health. Stress and anxiety are particularly elevated for employees for whom work is important and who feel the employer does not share their values, with similar patterns for depression symptoms and worse overall mental health relative to pre-pandemic. These relationships hold across job roles (faculty vs. staff) and the number of co-resident children. The research suggests a new direction in the study of incentives and organizations: links between non-pecuniary motivations and work-related mental health.

Vieillessement

Aging

► **The Impact of Disability Level on the Price Elasticity of Demand for Nursing Home Care**

ALDERS, P. ET DE HEK, P.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5187923

Policy makers are interested in ways to stimulate older adults to age in place. We examined the effect of price on the demand for nursing home care for people who live independently. We used Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) Cost and Use data for the health and living situation of older adults and linked the data with the Genworth Cost of Care Survey for the regional average prices of residential care, over the period 2005 - 2008. The variation of price over regions and time is used to investigate the difference in demand for residential care. The estimated price elasticity of admission to a long-term care facility of older adults that live independently is about -2.69 (SE = 1.53). Price has much more effect on demand for older adults

with low levels of disability (-4.62 (SE = 1.98)) than for adults with high levels of disability (-1.78 (SE = 1.37)).

► **Mergers and Quality Provision in Healthcare: Evidence from Nursing Homes**

CHATTERJI, P., HO, C.Y. ET LI, W.

2025

Cambridge, N.B.E.R. (NBER Working Paper 33967)

<https://www.nber.org/papers/w33967>

This paper tests whether mergers between nursing home chains and independent facilities affect quality of care using facility-level data from 1999-2019. Staggered difference-in-differences estimates suggest that acquired facilities experience a 5% reduction in health deficiency citations 2 years post-merger. This improvement relies on the continuous supply of efficiency from chains; persists for four years; and is specific to mergers between chains and independent homes. Quality effects are driven by mergers involving smaller, higher-quality and non-private-equity-owned

chains. A structural model suggests that the quality effect is generated by enhanced cost efficiency achieved by facilities serving larger numbers of residents after mergers.

► **Les retraités centenaires du régime général à fin 2024**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE RETRAITE
2025

Paris, Cnav

<https://www.statistiques-recherche.lassuranceretraite.fr/centenaires-2024/>

L'âge moyen des centenaires du régime général est de 101,8 ans. Seuls 1 356 retraités sont âgés de plus de 105 ans, soit 5 % de l'ensemble des plus de 100 ans. Parmi les retraités du régime général, 84 % des centenaires sont des femmes. Les centenaires sont aujourd'hui deux fois plus nombreux qu'il y a 15 ans, soit une croissance nourrie par les progrès de l'espérance de vie du même ordre de grandeur que celle des centenaires dans la population française. Moins d'un retraité centenaire sur 10 réside à l'étranger. La pension globale moyenne des centenaires s'établit à 755 € par mois, soit 111 € de moins que la pension au régime général de l'ensemble des retraités. Vivant plus souvent seuls, 5 % des centenaires sont bénéficiaires de pensions assorties du minimum vieillesse contre 4 % pour l'ensemble des retraités. Au 31 décembre 2024, ces centenaires bénéficiaires du minimum vieillesse percevaient toutefois 53 euros par mois de moins sur ce complément de pension.

► **Rapport annuel : Évolutions et perspectives des retraites en France**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2025

Paris, C.O.R.

<https://www.cor-retraites.fr/rapports-du-cor/rapport-annuel-cor-juin-2025-evolutions-perspectives-retraites-france>

Ce document constitue la douzième édition du rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les évolutions et les perspectives des retraites en France. Il dresse un constat des évolutions du système français des retraites au regard des objectifs qui lui sont assignés et en présente les projections à l'horizon 2070.

► **Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2025 : Aider ceux qui aident : contribuer au renforcement du soutien aux proches aidants**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR
L'AUTONOMIE
2025

Paris, Cnsa

<https://www.cnsa.fr/actualites/le-conseil-scientifique-de-la-cnsa-rend-un-avis-sur-le-renforcement-du-soutien-aux>

Dans ce deuxième avis relatif à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2022-2026 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), son Conseil scientifique s'intéresse à l'enjeu que représente pour la Caisse le renforcement du soutien aux proches aidants.

► **CNSA : Rapport annuel 2024**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR
L'AUTONOMIE
2025

Paris, Cnsa

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

Le présent rapport présente l'activité de la branche Autonomie de la Sécurité sociale. L'année 2024 a été marquée par la consolidation des liens de la CNSA avec les conseils départementaux, les agences régionales de santé et les maisons départementales des personnes handicapées/maisons de l'autonomie.

► **Évaluation d'impact et prévention de la perte d'autonomie**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR
L'AUTONOMIE
2025

Paris, Cnsa

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/CRP_20250320_NEXT_Evaluation-et-prevention-VF.pdf

Cette note a pour objectif d'explorer différentes acceptions de l'évaluation – et de l'évaluation d'impact en particulier – pouvant s'appliquer au domaine de la prévention de la perte d'autonomie. Sans ambition de réaliser une revue de littérature exhaustive et scientifique, cette note vise à partager des repères et proposer des ressources pour approfondir le sujet de l'évaluation sous 4 angles (évaluation d'impact social, évaluation

clinique, évaluation de politiques publiques et évaluation basée sur la théorie). Elle documente et explicite l'approche retenue par le CRP pour généraliser la pratique de l'évaluation d'impact dans son domaine d'intervention, s'appuyant sur des usages différenciés d'approches et méthodologies d'évaluation.

► **Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir**

COUR DES COMPTES

2025

In [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025.] . Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75401>

Le cumul emploi-retraite consiste, pour un retraité, à exercer une activité rémunérée. Ce chapitre analyse le droit commun, correspondant au cas des retraités des régimes dans lesquels l'âge minimal d'ouverture des droits était de 62 ans avant la mise en œuvre de la réforme de 2023, notamment le régime général. Il ne concerne pas les assurés d'autres régimes comme les cheminots ou les militaires, dont la pension est liquidée précocement et pour lesquels la poursuite de la vie professionnelle relève de règles particulières. La réglementation du cumul emploi-retraite apparaît aujourd'hui complexe et mise en œuvre de manière insatisfaisante (I). Le recours croissant à ce cumul pose au système de protection sociale des problèmes de cohérence qui doivent être résolus (II).

► **Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux**

COUR DES COMPTES

2025

In [La sécurité sociale : rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale 2025.] . Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/75404>

Quinze ans après la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la loi a créé en 2020 une nouvelle branche de la sécurité sociale, chargée du risque de perte d'autonomie pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées. La mise en œuvre de cette branche a été rendue effective par la conclusion avec l'État en avril 2022 d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion couvrant les

années 2022 à 2026. Cette inclusion dans le champ de la sécurité sociale implique d'en respecter les grands principes : l'égalité d'accès aux prestations, la solidarité nationale, un équilibre financier pérenne. Trois ans après l'achèvement de l'édifice juridique de la réforme, la Cour a souhaité présenter les grandes lignes d'un premier bilan. Celui-ci n'a pas pour ambition de traiter l'ensemble des problématiques, souvent distinctes, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. La Cour analyse, d'une part, la portée des changements déjà intervenus dans la structuration de la branche par rapport aux objectifs fixés, d'autre part, les conséquences des évolutions démographiques que la France subira à partir de 2030 avec l'entrée dans le grand âge des générations nombreuses de l'après-guerre. Pour la branche autonomie, le devoir de solidarité va changer d'échelle et des réponses claires devront être rapidement apportées sur son organisation et sur ses pouvoirs. Un nouveau risque et une nouvelle branche de sécurité sociale ont été reconnus, mais cette création à forte portée symbolique a encore des effets limités (I). Face aux mutations démographiques qui s'annoncent, et à leurs conséquences pour les finances publiques, des clarifications et des choix sont nécessaires à court terme (II).

► **Développement des retraites complémentaires dans l'UE : Des actions peu efficaces pour renforcer les régimes de retraite professionnelle et instaurer un produit paneuropéen d'épargne-retraite individuelle**

COUR DES COMPTES EUROPÉENNE

2025

Luxembourg, Cour des comptes européenne (Rapport spécial 14)

<https://www.eca.europa.eu/fr/publications/SR-2025-14>

Dans une Union européenne en proie à des difficultés démographiques et budgétaires, les retraites complémentaires revêtent une importance croissante pour garantir un revenu de retraite adéquat aux citoyens. À cet égard, l'UE a fixé des exigences minimales applicables aux retraites complémentaires fournies par les institutions de retraite professionnelle (IRP) et a établi un cadre juridique pour un produit paneuropéen d'épargne-retraite individuelle. Ce rapport constate que, pour le moment, aucun de ces deux types de pensions n'occupe une place importante sur le marché des retraites complémentaires. Il recommande à la Commission européenne et à l'Autorité européenne

des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP) de prendre des mesures supplémentaires en vue de renforcer ces segments du marché. Les auteurs les engagent également à améliorer la surveillance des IRP et à accroître la transparence en ce qui concerne, d'une part, les coûts et les rendements pour les affiliés de ces institutions et, d'autre part, les déficits de financement des retraites.

► **Principaux résultats de l'Enquête nationale de prévalence 2024 des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

DANIAU, C., PAUMIER, A. ET BERVAS, C.
2025

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/rapport-synthese/principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2024-des-infections-associees-aux-soins-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement>

L'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections associées aux soins (IAS) et des traitements anti-infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est une enquête transversale réalisée un jour donné en mai-juin 2024. Elle a pour objectifs de 1) produire des indicateurs de prévalence des IAS et des traitements antibiotiques (ATB) en Ehpad ; 2) mobiliser l'ensemble des professionnels de santé des Ehpad et des prescripteurs sur un projet de surveillance ; 3) dégager des priorités d'actions pour la prévention du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques. Les données de 1 288 Ehpad ayant inclus 102 166 résidents ont été analysées.

► **Demographic Change and the Future of Austria's Long-Term Care Allowance: A Dynamic Microsimulation Study**

FAMIRA-MUHLBERGER, U., HORVATH, T. ET LEONI, T.
2025

Vienne, Austrian Institute of Economic Research (WIFO Working Paper 705/2025)

<https://www.wifo.ac.at/publication/426483/>

Europe's demographic shift is putting increasing pressure on long-term care (LTC) systems and raising con-

cerns about the sustainability of LTC financing. This paper analyses Austria's LTC system, particularly its universal long-term care allowance (LTCA), and uses a dynamic microsimulation model to project LTCA expenditure under four scenarios up to the year 2080. Using pooled data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we estimate care needs and prevalence rates across all seven care allowance levels. This enables us to project both public spending and individual lifetime costs, disaggregated by sex and education. Although total LTCA expenditure is projected to rise due to population ageing, scenario comparisons show that compositional shifts – such as higher educational attainment, which is linked to lower care needs, and gains in healthy life expectancy accompanying mortality improvements – can significantly mitigate cost growth. The projected total expenditure increases range from 29 percent in a scenario where increasing life expectancy – as assumed in official population projections – is neglected, to 185 percent in a scenario accounting for rising life expectancy but no future health gains. The findings also highlight the impact of longevity and education on the distribution of individual lifetime costs. Beyond its policy implications for LTC planning, the study demonstrates the advantages of dynamic microsimulation in capturing individual-level heterogeneity, offering a significant improvement on traditional macrosimulation approaches.

► **Population Ageing and the Environment: A Comparative Study of Nature-Concerning and Action-Requiring Outcomes**

IMEN, A., KRELIFA, M. ET LITINA, A.
2025

Luxembourg, University of Luxembourg (DEM Discussion Paper series 25/08)

<https://orbi.lu.uni.lu/handle/10993/64893>

We study an under-explored implication of population ageing, i. e., its effect on country-level environmental outcomes and on individual-level environmental attitudes. In doing so, we propose a novel classification of country-level environmental outcomes, namely action-requiring and nature-concerning. The borderline between these two categories lies in the level of civic engagement required to fulfill them. Using panel data from a broad set of countries (1995–2018), we find that population ageing is linked to improvements in environmental outcomes that require minimal civic

engagement, while it shows no clear association with outcomes that depend on active participation. Analysis of survey data (2006–2016) further suggests that living in ageing societies lowers individuals' environmental engagement, without affecting underlying environmental concern.

► Extending Healthspans in an Aging World

UTKUS, S.P. ET MITCHELL, O.S.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5313504

Extensions in human longevity are prompting a growing interest in maximizing healthspan, or the number of years of life unencumbered by the chronic diseases of old age. This chapter reviews recent research on healthy life extension, including several measures and determinants of longer healthspans. We also provide an overview of recent efforts by medical and business enterprises to enhance longevity and healthspan, followed by a discussion of policy and workplace options to foster healthier lives. Such efforts hold the promise of improving quality of life, expanding labor supply, and lowering the cost of health care costs associated with population aging.

► L'emploi des seniors : une clé pour sauver la répartition ?

VERMEILLET, S.

2025

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-616-notice.html>

Le rapport propose des pistes pour accompagner le retour et le maintien en emploi des seniors, notamment de ceux qui ne sont ni en emploi ni à la retraite mais sont en bonne santé. En misant sur la formation des seniors et sur l'aménagement des emplois à l'approche de la fin de carrière, par exemple en développant le temps partiel et le cumul emploi-retraite, une telle évolution pourrait s'opérer. La rapporteure sociale montre cependant que le taux d'emploi des seniors n'est pas l'unique clé pour revenir à l'équilibre du système de retraite par répartition. Assurer sa pérennité passe d'abord par le renforcement de l'adhésion des Français à ce système par une simplification des circuits financiers et un maintien de l'équité intergénérationnelle, ensuite par un retour de l'abondement du Fonds de réserve des

retraites qui doit revenir à sa mission d'amortisseur des chocs économiques et démographiques.

► Exploring the Impact of Multidimensional Factors of Childhood Socioeconomic Status on Residents' Successful Aging

YU, T.

2025

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5279614

This paper examines the critical role of childhood socioeconomic status in promoting the process of successful aging, focusing on optimizing elderly health research through innovative multidimensional measurement and empirical analysis strategies. As the global degree of population aging increases, addressing the challenges of demographic transition requires a deep understanding of the long-term health effects of early socioeconomic status, which is crucial for achieving sustainable aging development. This study, grounded in life course theory, investigates the mechanisms through which multidimensional factors such as parental socioeconomic status, childhood family economic conditions, and living environment accelerate the achievement of successful aging. The study utilizes data from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) and employs principal component analysis to integrate multidimensional indicators. This approach effectively identifies the compound impact of childhood socioeconomic status on successful aging using a binary logit regression model. The results show that the three dimensions of childhood socioeconomic status—parental socioeconomic status, childhood family economic conditions, and childhood living environment—all have a significant positive impact on successful aging. Furthermore, heterogeneity analysis reveals significant differences in impact across demographic characteristics such as age, gender, urban-rural status, and marital status. By integrating life course theory with large-sample empirical analysis, the study highlights the importance of childhood socioeconomic status in supporting healthy aging and social sustainable development. It also identifies key barriers, such as the intergenerational transmission of health inequality and structural differences in social support networks, providing a comprehensive framework for optimizing pathways to achieve successful aging and promoting the long-term sustainability of the aging society governance system.

Index des auteurs Author index

A

Abassi, E.....	32
Abrahamsson, S.S.	32
Afonso, G.P.....	23
Alders, P.	42
Angotti, M.	21

B

Balcou-Debussche, M.	40
Ballet, D.	40
Benjamin, D.J.	17
Bertoni, E.....	33
Bervas, C.....	45
Bhadury, J.	21
Bienassis, K.....	15
Blackburn, J.	10
Blanchflower, D.G.....	18
Bockerman, P.	18
Bonal, M.	21
Bour, C.	25
Bristow, P.....	23
Bru, E.....	35
Bryson, A.	18
Burkey, M.L.	21
Butikofer, A.	32
Byrd, A.	9

C

Cachia, R.....	33
Caisse nationale de l'Assurance maladie.....	9
Caisse nationale de l'Assurance retraite	43
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	43
Candio, P.....	26
Carrera, M.	36
Caspi, Y.	29
Cecchini, M.	33
Centeno, L.	33
Chatterji, P.	42
Chen, G.	39
Chevillard, G.	37

Chisari, O.....	24
Claerman, R.	30
Clement-Marcuello, M.	26
Coca Perrillon, M.	15
Colin, S.....	16
Collège de la Médecine Générale	36
Commission des comptes de la Sécurité sociale.....	9, 28
Connelly, L.B.	23
Conseil d'orientation des retraites	43
Conseil économique social et environnemental	33
Conseil national de l'Ordre des pharmaciens...	36
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	27
Cooper, K.....	17
Costa-Font, J.....	40
Costemalle, V.....	19
Cour des comptes	24, 29, 40, 44
Cour des comptes européenne	44

D

Daniau, C.....	45
Défenseur des droits.....	27
De Graaff, R.....	14
De Hek, P.	42
Delhomme, I.	16
Devaux, M.	33
Diallo, C.T.....	32
Diot, P.....	22
Douchet, M.A.	18
Doutreligne M.....	11
Drees	29

E

Ecalte, F.	14
Eiselt, H.A.....	21
Eslava, D.	12
Estache, A.	24
Everard, C.	18
Expert, C.....	41

F

Famira-Muhlberger, U.	45
Farzana, S.	10
Fedele, A.	36
Figueira, J.R.	23
Filosa, N.R.	31
Fournier, C.	40

G

General Medical Council	37
Gruny, P.	31
Guignon, N.	19
Gutierrez, M.J.	26
Guzman, M.A.	31

H

Haapanen, M.	18
Hale, J.M.	28
Haut Conseil de la santé publique.....	33
Haute Autorité de santé	31
Hazo, J.B.	19, 34
Health Data Hub.....	11
Heffetz, O.	17, 29
Hinojosa, J.C.	25
Ho, C.Y.	42
Hoddinott, S.	37
Horvath, T.	45

I

Imberman, S.A.	31
Imen, A.	45

J

Jachiet, P.A.	11
Jain, A.	24
Jeandemange, L.	30
Jepsen, C.	18
Jomier, B.	31
Jonas, S.	25
Joseph, J.L.	37
Joshi, N.	15

Juarez, L.	41
Juillet, Y.	22

K

Karnycheff, T.	37
Kelly, D.	15
Kohn, L.	30
Kranton, R.	42
Krelifa, M.	45
Krishna, T.	16

L

Lagarde, C.	30
Laloue, F.	21
Lambotte, M.	38
Lanouziere, H.	41
League, R.	38
Le cercle de l'épargne.....	14
Lenzen, S.	23
Leoni, T.	45
Lerouge, A.	18
L'Institut national du cancer.....	19
Litina, A.	45
Li, W.	42
Llena-Nozal, A.	35
Loken, K.V.	32
Lorenti, A.	28
Lucas-gabrielli, V.	21

M

Malakoff Humanis.....	14
Manca, F.	12
Manceau, C.	16
Marmier, D.	37
Marquez-Padilla, F.	41
Matteucci, N.	12
McCormack, G.	10
Meyer, B.D.	11
Meyerhoefer, C.	12
Ministère chargé de la Fonction publique.....	14
Ministère chargé de la Santé.....	22, 34
Ministère chargé de l'Ecologie	17
Mirza, A.	15
Mitchell, O.S.	46
Montmartin, B.	38

N

Nawaz, M. 25

O

Obradovic, F. 24
Orbe, S. 26
Organisation de coopération et de
développement économiques 38
Organisation mondiale de la Santé 19, 20
Organisation mondiale de la Santé. Bureau
régional de l'Europe 19
Owen, A. 10

P

Pai, D.R. 23
Paris, V. 15
Paumier, A. 45
Peled, G. 24
Picchio, M. 12
Premier ministre 22

R

Rege, M. 35
Revel, N. 32
Ritzwoller, D.P. 15

S

Sabia, J.J. 16
Saintoyant, V. 21
Salomon F. 30
Salustri, F. 26
Santolini, R. 12
Schonborn, C. 30
Schorfheide, F. 30
Seiller, S. 41
Shakya, S. 25
Shema, M. 27
Shi, M. 38
Si, Y. 39
Skipper, N. 36
Slawomirski, L. 15

Solli, I.F. 35
Song, Y. 20
Soriano P. 11
Souillard, B. 25
Stephens, E. 15
Stonkute, D. 28
Suzuki, E. 15

T

Tarayoun, T. 32
The Shift Project 17
Thomas, D. 42
Tonin, M. 36

U

UNICEF 20
Utkus, S.P. 46

V

Vargas Lopes, F. 35
Vermeillet, S. 46
Vilaplana-Prieto, C. 40
Voillequin, S. 37
Vuik, S. 18

W

Wain, K. 15
Wedig, G.J. 39
Wiesen, D. 36
Wyse, A. 11

X

Xue, B. 12

Y

Yelnik, A. 22
Yoruk, B.K. 16
You, Z. 30
Yu, T. 46

Z

Zhou, Z. 39