

# Veille scientifique en économie de la santé

## *Watch on Health Economics Literature*

*Mai 2026 / May 2026*

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-Santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
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 publique	<i>Public Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Healthcare</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

## Présentation

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

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

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

### **Veille scientifique en économie de la santé**

**Directeur de la publication**

Denis Raynaud

**Documentalistes**

Véronique Suhard  
Rouguiyatou Ndoye

**Maquette & Mise en pages**

Franck-S. Clérembault  
Damien Le Torrec

### **Watch on Health Economics Literature**

**Publication Director**

**Information specialists**

**Design & Layout**

ISSN : 2556-2827

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

# Sommaire Contents

## Assurance maladie Health Insurance

---

- 9 Market Information and the Impact of Public Health Insurance on the Private Insurance Market**  
Mcguire, A. et Webb, D.C.
- 9 The Impact of Job Displacement on Health Insurance Status in the post-ACA Era**  
Nishiyama, K.
- 9 Job Loss and Health Insurance Coverage Before and After the Affordable Care Act**  
Schaller, J. et Zerpa, M.

## E-santé E-Health

---

- 10 Demystifying artificial intelligence in health: What health policy-makers need to know**  
Del Rey Puech, P., Saund, J., Panteli, D., et al.
- 10 Téléconsultations : les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes y recourent davantage**  
Guillotot, V., Paliod, N. et Pirus, C.

## Economie de la santé Health Economics

---

- 10 La Sécurité sociale, un projet social global qui doit encore nous inspirer**  
Agnoux, E.
- 11 End-of-life medical spending: Patterns and household spillovers**  
Ahammer, A. et Matic, L.K.
- 11 How Managed Care Networks Reduce Medical Spending: Evidence on Provider Behavior and Patient Selection**  
Ammann, D., Kauer, L., Sallin, A., et al.
- 11 Can a Deductible Kill? The Effect of Patient Cost-Sharing on Health**  
Ayyagari, P., Salm, M. et Sargent, E.

- 11 Understanding the economic value of interventions addressing perinatal mental health problems: a literature review and methodological considerations**  
Bauer, A., Gregoire, A., Salehi, N., et al.
- 12 The Distributional Effects of Cost-Sharing in a Universal Healthcare System**  
Bensnes, S., Huitfeldt, I. et Marone, V.
- 12 En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres**  
Desjonqueres, A. et Fauchon, A.
- 12 Competition and Fraud in Health Care**  
Diwam, R.M., Eliason, P.J., League, R., et al.
- 13 Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? : Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge**  
Fauchon, A. et Bonnet, O.
- 13 La pluriannualité en santé une priorité stratégique de l'été 2027 : Think tank Cercle Asclepios**  
Le Cercle Asclepios
- 13 Is Health a Blessing? The Macroeconomic Effects of Health Conditions**  
Mendez, J., Villarreal, H.J. et Cortes, H.
- 14 The Resource Cost of Reducing Waiting Times under Capacity Constraints: Evidence from English Ambulance Services**  
Zhu, M. et Peyrache, A.
- 14 Impacts of Copayment Reform on Health Behaviors among Older People in Japan: Evidence from a National Household Survey**  
Yee Wong, C. et Shinohara, S.

## Environnement et santé Environmental Health

---

- 15 Health Co-benefits of Net-Zero Pathways vs. Transition Costs: A Literature Review**  
De Truchis, R., Moutet, L., Quirion, P., et al.

- 15 Greening healthcare through circular economy: advancing health and sustainability in policy and practice**  
Or, Z.

## Géographie de la santé Geography of Health

---

- 16 Améliorer l'accès aux soins en outre-mer en proposant des solutions adaptées à chaque territoire**  
Cour des comptes
- 16 Les mailles territoriales d'action**  
Laporte, A. et Ribardiere, B.
- 16 Santé dans les Outre-mer, agir pour une égalité réelle entre tous les citoyens**  
Leung, E. et Tomé-Gertheinrichs, E.
- 17 Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France. : Le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes**  
Lucas-Gabrielli, V. et Bonal, M., Mangeney, C., et al.
- 17 Les maillages français de l'action publique en santé**  
Mangeney, C., Eliot, E., Lucas- Gabrielli, V., et al.
- 17 Les vulnérabilités sociales territoriales : élaborer une méthode intégrée pour comprendre, comparer et agir**  
Portier, O.

## Handicap Disability

---

- 18 La surdité sévère à profonde chez l'adulte en France**  
Nile consulting
- 18 Good practices on disability-inclusive health : The WHO European framework to achieve the highest attainable standard of health for people with disabilities**  
Organisation mondiale de la santé
- 18 Comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en p eriodo périnatale**  
Samu social

## Hôpital Hospital

---

- 19 Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacite par une intégration territoriale**  
Albertone, M., Atger, P.M., Ricordeau, P., et al.
- 19 Situation financière des établissements de santé en 2023 : Secteurs public et priv e non lucratif**  
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- 19 Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers**  
Cour des comptes
- 19 La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024**  
Gratieux, L. et Le Guillou, Y.
- 20 Hospitalisation for acute heart failure and in-hospital mortality before, during and after the COVID-19 pandemic in France: a nationwide cohort study from 2013 to 2024**  
Moulaire, P., Delory, T., Oghina, S., Espagnacq, M., et al.
- 20 Measure, Monitor, Minimize: Re-envisioning a PhilHealth Hospital Readmission Policy for Value-Based Purchasing and Financial Risk Protection for Filipinos**  
Siy Van, V.T., Casas, L.D.D., Sigua, J.A.V., et al.

## Inégalités de santé Health Inequalities

---

- 21 Public Policy to Reduce Inequalities across Europe: Hope Versus Reality**  
Cairney, P., Keating, M. et Kippin, S.
- 21 L'état du mal-logement en France : 31 e rapport annuel 2026**  
Fondation pour le logement
- 21 International comparison of equity gradients in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions**  
Spiro, G.M., Qingbai, Y., Abiona, O., Or, Z., Penneau, A., et al.

- 22 Le rôle de la position sociale sur la santé : Pourquoi la position sociale est importante à considérer dans l'état de santé d'une population et comment la mesurer dans les travaux de santé publique ?**

Vandentorren, S., Mondeilh, A. et Soullier, N.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

- 22 En France, les personnes âgées consomment trop de benzodiazépines, et en méconnaissent les risques**  
Pichetti, S., Penneau, A. et Perronnin, M.
- 22 Medicaid Coverage for Obesity Medications: Utilization and Net-of-Rebate Spending**  
Wing, C., Lo, W.L., Potter, M., et al.

## Méthodologie-Statistique

### Methodology-Statistics

- 23 Methodological evaluation of ICHI as an international benchmark for comparative hospital activity analysis: application to Belgian and French surgical procedures**  
Azzi, D., Leclercq, P., Paillet, D., et al.
- 23 Algorithms for the identification of asthma patients in healthcare administrative databases: a systematic review**  
Curmin, R., Iwatsubo, Y., Dheyriat, L., Com-Ruelle, L. et al.
- 24 Contribution of the French national health data system to research on mental disorders: A public health perspective – insights from the mental disorders working group of the ReDSiam network**  
Gandre, C., Baghdadli, A., Coldefy, M., et al.
- 24 Python pour le data scientist : Des bases du langage au machine learning**  
Jakobowicz, E.
- 24 Geographic information in the French national health data system: Key challenges for territorial health studies**  
Leroy, C., Courtejoie, N. et Espagnacq, M.
- 25 Stability of preferences in longitudinal stated preference surveys: an application to COVID-19 vaccines across 9 countries**  
Song, F., Hess, S., Amaris, G., et al.

## Politique de santé

### Health Policy

- 25 The first 1000 days and beyond: The process of child development**  
Attanasio, O.
- 26 Guide pratique – Vers une santé publique participative**  
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
- 26 Repenser l'organisation du système de santé avec les usagers : Quels besoins et services attendus par les associations de patients et d'usagers ?**  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie
- 26 Objectifs de santé publique pour le 5<sup>e</sup> Programme National Nutrition Santé (PNNS)**  
Haut Conseil de la santé publique
- 26 Delivering High Value Cancer Care**  
Organisation de coopération et de développement économiques
- 27 Partenariats en santé et Patients-partenaires**  
Saout, C.

## Politique publique

### Public Policy

- 27 Rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes**  
Cour des comptes

## Politique sociale

### Social Policy

- 27 Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) sont moins fréquemment pauvres que ceux touchant le RSA**  
Ramahandry, I. et Paliod, N.

## Prévention *Prevention*

---

- 28** Évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein. Rapport de synthèse  
Institut national du cancer
- 28** Direct and indirect effects of cancer screening invitations on participation in Europe: A quasi-experimental analysis  
Guthmuller, S., Carrieri, V. et Wubker, A.
- 28** Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent  
Le Mer, H. et Naouri, D.

## Psychiatrie *Psychiatry*

---

- 29** Stress Relief? Externalities from Specialty Hospital Entry  
Arnold, D.R., Richards, M.R. et Whaley, C.M.
- 29** 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale  
Bocher, R., Krebs, M.O. et Malatre-Lansac, A.
- 29** Financial Incentives, Health Screening, and Selection into Mental Health Care: Experimental Evidence from College Students in India  
Breza, E., Carney, K., Raghavan, V., et al.
- 29** Santé mentale en tension : enjeux épistémologiques, politiques et cliniques d'un espace fragmenté  
Brunn, M., Chelle, E., Blanchet, A., Or, Z. et al.
- 30** Broadband Internet Access and Adolescent Mental Health in the U.S  
Churchill, B.F. et Johnson, K.R.
- 30** Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? Éclairages croisés par des analyses mixtes  
Gandre, C., Saetta, S., Touthou-Burckard, E., et al.
- 30** Health Care Workforce: Federal Grants Supporting Mental Health  
Government Accountability Office

- 31** L'AIDE ET le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. : Compléments au rapport 2023 « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? »  
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- 31** Supply Constraints and Negative Selection: Evidence from Mental Healthcare Markets  
Kronenberg, C. et Miele, K.R.
- 31** Caractéristiques des enfants de 6 à 11 ans victimes probables de harcèlement et présentant des comportements agressifs : Résultats de l'étude Enabee 2022 en France hexagonale : Résultats de l'étude Enabee 2022 en France hexagonale  
Sentenac, M., Motreff, Y., Decio, V., et al.
- 32** Personnes suivies pour maladies psychiatriques en Occitanie. : Un cumul de vulnérabilités, un effet multiplicateur du non-recours aux soins primaires ?  
Ruiz, I.

## Sociologie de la santé *Sociology of Health*

---

- 32** Service public ou barbarie  
Bontemps, A.
- 32** La société des organisations  
Borraz, O.
- 33** Sociologie du travail et des professions  
Pichonnaz, D. et Toffel, K.
- 33** Légitime défiance  
Spire, A.

## Soins de santé primaire *Primary Healthcare*

---

- 33** Well-informed choices? Effects of information interventions in primary care on care quality  
Anell, A., Dietrichson, J., Ellegard, L.M., et al.
- 34** Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?  
Atger, P.M. et Hautchamp, M.

**34 Une coordination territoriale des soins : Actes du séminaire de la Chaire santé 2024**  
Boisson, M., Hassenteufel, P. et Benamouzig, D.

**34 Caractéristiques des élèves et étudiants en formation aux professions sociales en 2022**  
Bouhoute, M.

**34 International Comparison of Physician Incomes**  
Buehler, A., Gottlieb, J.D., Hicks, J., et al.

**35 The Effect of Scope of Practice and Medicaid Reimbursement on the Labor Outcomes of Primary-Care Providers**  
Dinh, K.

**35 Evolution of self-employed physician production: Cohort, career-course, and feminization effects**  
Drapala, S., Cassou, M. et Franc, C.

**35 Left by a trusted physician and colleague: Impacts of primary care physician exits in a group practice system**  
Ellegard, L.M., Kjellsson, G. et Monsees, D.

**36 Physician Competition: Entry and Substitution**  
Gottlieb, J.D. et Nicholson, S.

**36 Evaluation des centres de soins non programmés : mieux structurer l'offre**  
Morin, A. et Corlay, D.

**36 Flexible Learning Pathways into Healthcare Occupations**  
Organisation de coopération et de développement économiques

**36 Strengthening health systems through nursing: Thematic overview**  
Rafferty, A.M., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., et al.

**37 Research to Improve the Quality, Impact, and Value of Home and Community-Based Services**  
Sims Speyer, J.M., Ne'eman, A., Coe, N.B., et al.

## Systemes de santé Health Systems

**37 Best practice in the regulation and financing of tertiary care based on case studies from five OECD Countries : Lessons for Slovenia**  
Lorenzoni, L.

## Travail et santé Occupational Health

**38 Entre hôpital et libéral : trajectoires professionnelles et santé face aux facteurs de risques psychosociaux des infirmières**  
Auge, E., Mousquès, J. et Gousset, C.

**38 Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels**  
Baille, N., Bartoli, S. et Olier, L.

**38 Cash Transfers and Productive Inclusion: Evidence from Bolsa Familia**  
Best, M.C., Lobel, F. et Pinho Neto, V.

**39 Fundamentally reforming the DI system: Evidence from Germany**  
Cao, Y., Fischer-Weckemann, B., Geyer, J., et al.

**39 L'Essentiel 2024 : Santé et sécurité au travail**  
Caisse nationale de l'Assurance maladie

**39 L'innovation en santé au travail**  
Cherubini, C., Laloue, F. et Magne, P.

**39 Prévention des risques psychosociaux au travail : Panorama des législations, outils et mesures de prévention en Europe et à l'international**  
Eurogip

**40 Statistiques des accidents du travail en Europe – limites de comparabilité : Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie, Luxembourg**  
Eurogip

**40 The effects of workers' compensation experience rating on workers' absences and employment**  
Lengagne, P.

**40 L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2024**  
Ministère chargé du Travail

## Vieillesse Aging

**40 Value for Money in Palliative and End-of-Life Care: A Narrative Review**  
Anaya-Montes, M.

- 41 Niveau de vie des retraités : le taux de pauvreté baisse significativement lors du départ à la retraite**  
Aubert, P.
- 41 Improving healthcare utilization in retired Self-Employed Workers: Evidence from an experiment in France**  
Auge, E. et Sirven, N.
- 42 Do Delayed Nursing Home Admissions Increase Hospitalisations and Costs?**  
Bara, M., Bakx, P., Rice, N., et al.
- 42 Long term care in Italy: coping with frailty and dependence**  
Bellia, A., Bellini, V., Brugiavini, A., et al.
- 42 Delayed Retirement: Effects on Health and Healthcare Utilization**  
Borgbier, A.K., Sigaard, H.S., Svarer, M., et al.
- 42 Les déterminants socio-démographiques de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie**  
Compere, W., Achou, B., De Donder, P., et al.
- 43 Is Immigration Good for Health? The Effect of Immigration on Older Adult Mortality in the United States**  
Grabowski, D.C., Gruber, J. et McGarry, B.
- 43 How can co-ordination improve long-term care delivery?**  
Kim, S., Llana-nozal, A., Lorenzoni, L., et al.
- 43 Dementia severity, informal caregiving and labour market outcomes in Europe**  
Licker, L.V., Guthmuller, S. et Wubker, A.
- 44 Est-on plus heureux à la retraite ?**  
Martinez, A. et Perona, M.
- 44 Informal and formal care for disabled elderly individuals. Substitutes or complements?**  
Perelman, S. et Pestieau, P.

# Assurance maladie

## Health Insurance

### ► Market Information and the Impact of Public Health Insurance on the Private Insurance Market

MCGUIRE, A. ET WEBB, D.C.

2025

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=5679590](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5679590)

Universal health insurance coverage provided through public insurance is often accompanied by supplementary private insurance. This paper analyses how public health insurance affects private insurance markets, incorporating selection dynamics. We develop a comprehensive framework covering asymmetric information on health risk, heterogeneous risk aversion, quality preferences, income constraints, and administrative costs to consider the coexistence of public-private health insurance coverage. Our central contribution identifies a «double margin» mechanism that will exist in some mixed public-private insurance systems. Unlike standard models where public insurance simply displaces private coverage, we show how public coverage can simultaneously crowd-out high-risk individuals while crowding-in previously excluded marginal types. This creates a feedback loop, where crowd-out improves private contracts, which generates crowd-in, further stabilizing private pools. We characterize equilibria under both adverse and advantageous selection, while highlighting the importance of the institutional setting through applying our analysis to three environments: means-tested public insurance (U.S. Medicaid), universal coverage (UK NHS), and mandatory basic coverage with supplementary options (Netherlands). Each generates distinct selection dynamics and policy implications. We present our findings within a novel graphical exposition that comprehensively yet straightforwardly outlines a range of equilibria. Our findings suggest policymakers must consider the institutional setting and any equilibrium feedback effects rather than treating crowd-out as simple displacement, when examining mixed public-private insurance systems.

### ► The Impact of Job Displacement on Health Insurance Status in the post-ACA Era

NISHIYAMA, K.

2026

Osaka, O.S.I.P.P. OSIPP Discussion Paper DP-2026-E-001

<https://www.osipp.osaka-u.ac.jp/archives/DP/2026/DP2026E001.pdf>

This paper examines whether insurance sources expanded under the Affordable Care Act (ACA), particularly health insurance marketplaces and Medicaid, compensate for the loss of employer-sponsored health insurance (ESHI) following job displacement. Using monthly data from the 2014--2016 Survey of Income and Program Participation, I estimate duration-specific effects of displacement on each coverage source with a difference-in-differences design. ESHI coverage falls by 15 to 18 percentage points within a few months of displacement, with only slight recovery over the following year. Medicaid enrollment increases modestly, driven entirely by workers in expansion states where coverage increases exceed 7 percentage points. Directly purchased private insurance shows no discernible response despite marketplace availability and premium subsidies, and this holds across income levels. These findings indicate that ACA marketplace reforms in the sample period provide limited protection for displaced workers.

### ► Job Loss and Health Insurance Coverage Before and After the Affordable Care Act

SCHALLER, J. ET ZERPA, M.

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34874

<https://www.nber.org/papers/w34874>

We examine how the Affordable Care Act (ACA) altered the insurance consequences of involuntary job loss. Using matched event-study models with longitudinal survey data, we estimate the causal effects of displacement on insurance coverage before and after implementation of the ACA's main provisions. Prior to 2014, job loss reduced coverage by approximately 16 percentage points, with losses persisting for more than a year. After the ACA, declines are smaller—about 10 percentage points—and recovery is faster. Gains

reflect higher baseline public coverage and reduced post-displacement losses, with the largest improve-

ments among middle income workers previously most exposed to coverage disruptions.

## E-santé

### E-Health

► **Demystifying artificial intelligence in health: What health policy-makers need to know**

DEL REY PUECH, P., SAUND, J., PANTELI, D., *et al.*  
2026

**Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe. (Health Policies Series 63)**

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e3467cc3-6cea-4807-a286-8716e930caa7/content>

This book is a practical guide for anyone working in or alongside the health sector who needs to engage with the fast-evolving topic of artificial intelligence (AI). It aims to provide a balanced foundation for informed decision-making, helping readers ask the right questions and shape a future where AI serves public health goals. For newcomers, it offers an accessible introduction; for experienced professionals, it aims to broaden perspectives and uncover new opportunities. Starting with the fundamentals of what AI really is (beyond the hype), it explores diverse approaches, from traditional machine learning to generative models, and how they are transforming (or could transform) clinical care, public health, scientific research and operational efficiency. It reveals both promise and pitfalls: improved outcomes and efficiency on the one hand, and risks such as bias, safety concerns and governance chal-

lenges on the other. Written for readers with varying technical backgrounds, it aims to deliver clear insights into ethical use, trust-building and regulatory frameworks, making it essential reading for health professionals, managers, policy-makers and researchers.

► **Téléconsultations : les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes y recourent davantage**

GUILLOTON, V., PALIOD, N. ET PIRUS, C.  
2026

**Études et résultats (Drees)(1366)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1366\\_T%C3%A9l%C3%A9consultations.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1366_T%C3%A9l%C3%A9consultations.pdf)

Cette étude mobilise deux sources statistiques : l'enquête de l'Insee sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) auprès des ménages et le Baromètre d'opinion de la Drees. En s'appuyant sur ces données, l'étude apporte un éclairage d'une part sur le profil de la population ayant eu recours ou non à la téléconsultation et, d'autre part, sur les opinions des personnes résidant en France métropolitaine concernant l'usage de la téléconsultation, mises en perspective avec celles sur les politiques sanitaires.

## Economie de la santé

### Health Economics

► **La Sécurité sociale, un projet social global qui doit encore nous inspirer**

AGNOUX, E.  
2026

**Paris, Fondation Jean Jaurès**

<https://www.jean-jaures.org/publication/la-securite-sociale-un-projet-social-global-qui-doit-encore-nous-inspirer/>

La Sécurité sociale, née après la Seconde Guerre mondiale, incarne un projet de société solidaire et émanci-

pateur, visant à sécuriser les existences et à renforcer la cohésion nationale. Elle fait pourtant face aujourd'hui à nombre de défis – vieillissement de la population, individualisation des responsabilités, défiance... – qui la fragilisent. Émilie Agnoux, experte associée à la Fondation et autrice de *Puissance publique*. Contre les démolisseurs d'État (Fondation Jean Jaurès, L'Aube, 2025), formule des propositions crédibles pour rebâtir rapidement un système robuste en prenant appui sur un maillage d'infrastructures sociales.

► **End-of-life medical spending: Patterns and household spillovers**

AHAMMER, A. ET MATIC, L.K.

2026

Linz, Johannes Kepler University of Linz. Johannes Kepler University of Linz Working Papers 2602

<https://ideas.repec.org/p/jku/econwp/2026-02.html>

Medical spending is highly concentrated at the end of life and varies widely across patients, raising a first-order welfare question about whether marginal end-of-life spending reflects waste or generates meaningful benefits. Using Austrian administrative data, we document that end-of-life spending has grown markedly over time and remains highly dispersed even conditional on diagnosis, with predicted mortality explaining only a small share of the variation. We then study a largely underexplored margin: spillovers onto surviving spouses. Event study estimates show large and persistent changes in spouses employment and healthcare use around spousal death. However, these dynamics are essentially invariant to the decedent's end-of-life spending intensity, a finding that is robust to different measures of spending intensity and to an instrumental variables design exploiting provider-level practice variation. Together, these results are consistent with an important role for inefficiencies in end-of-life care.

► **How Managed Care Networks Reduce Medical Spending: Evidence on Provider Behavior and Patient Selection**

AMMANN, D., KAUER, L., SALLIN, A., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6189038](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6189038)

We examine the effects of managed care within a physician network on health spending, medical practice,

and quality of care in Switzerland. When primary care physicians join the network, annual medical spending for their existing patients falls by roughly CHF 800 per patient, equivalent to about 15% of pre-network costs. These savings are driven by reductions in outpatient and medication spending. We find no evidence of a cost-quality trade-off: visit frequency, consultation time, inpatient spending, and the use of high-value preventive services remain unchanged. Network enrollment also systematically alters patient composition, as physicians attract younger and healthier patients with lower baseline costs. Observed spending differences therefore reflect both the causal effects of managed care on medical practice and advantageous patient selection.

► **Can a Deductible Kill? The Effect of Patient Cost-Sharing on Health**

AYYAGARI, P., SALM, M. ET SARGENT, E.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18420

<https://www.iza.org/publications/dp/18420/can-a-deductible-kill-the-effect-of-patient-cost-sharing-on-health>

We study how health insurance deductibles affect healthcare spending and health using a regression discontinuity design and administrative data from the Netherlands. Exploiting an annual deductible reset, we compare patients admitted to the emergency room just before and after January 1. Patients admitted after the reset face zero marginal prices for care and incur 14% higher annual healthcare costs. Despite substantially higher utilization, we find no effect on mortality or other health outcomes across income and health-risk groups. These results suggest that modest deductibles reduce healthcare spending without adverse health consequences.

► **Understanding the economic value of interventions addressing perinatal mental health problems: a literature review and methodological considerations**

BAUER, A., GREGOIRE, A., SALEHI, N., *et al.*

2025

Londres, L.S.E.

<https://researchonline.lse.ac.uk/id/eprint/127084/>

Economic evaluations of mental health problems typically only include short-term measures from an individual healthcare perspective. In perinatal mental health,

which spans generations, this is likely to lead to an underestimation of interventions' potential benefits. We sought to understand the spectrum of outcomes of perinatal mental health problems that have economic consequences and how they are captured in economic evaluations. We conducted a systematic search of the peer-reviewed literature to identify two types of evidence: (i) synthesised evidence (i.e. systematic reviews, meta-analyses) or recent cohort studies that measured the outcomes of perinatal mental health problems, (ii) economic evaluations. After presenting the evidence narratively, we derive an overview of different types of outcomes to include in economic evaluations. Evidence on the many, wide ranging adverse outcomes with short- and long-term economic consequences is rich, ranging from those that can be measured during the perinatal period (e.g., mother's employment), those that require a longer-term follow-up period (e.g., children's mental health service use) and those that can be used as predictors in modelling studies (e.g., birth weight). Only a small subset of economic consequences, and their predictors (e.g., child maltreatment, poor attachment), are currently measured in economic evaluations. We make some recommendations on how more and new types of economic evaluations might start addressing the gap in knowledge. To inform decisions about reducing the costs of perinatal mental health problems, economic evaluations that provide knowledge of interventions' abilities to reduce the short- and long-term economic consequences are urgently needed.

► **The Distributional Effects of Cost-Sharing in a Universal Healthcare System**

BENSNES, S., HUITFELDT, I. ET MARONE, V.  
2025

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34700**  
<https://www.nber.org/papers/w34700>

Abstract: Patient cost-sharing is used as a tool to limit over-utilization of insured healthcare services in almost all high-income countries. We study its distributional consequences in the context of a publicly-funded universal health insurance system, where consumers (as tax-payers) are residual claimants on insurer spending. We highlight the distinction between consumers' elasticity of demand for healthcare services—which moderates how cost-sharing rules affect healthcare utilization—and their baseline level of demand—which moderates how cost-sharing rules affect out-of-pocket costs. Using detailed administrative data on the

Norwegian national health insurance scheme, we study a 2010 policy change that raised the age threshold for cost-sharing exemption, thereby increasing patient cost-sharing substantially for adolescents. We find that females and native-born Norwegians have higher average utilization and thus have more at stake financially from cost-sharing, but are relatively less responsive to cost-sharing. In contrast, lower-income individuals as well as individuals with a chronic health condition have both higher average healthcare utilization as well as higher responsiveness. Cost-sharing therefore places a larger burden on these groups both in terms of the financial cost of out-of-pocket spending and in terms of reduced quantities of healthcare used.

► **En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres**

DESJONQUERES, A. ET FAUCHON, A.  
2026

**Dossiers de la Drees (Drees)(137)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/260401\\_DD\\_compl%C3%A9mentaire\\_sant%C3%A9](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/260401_DD_compl%C3%A9mentaire_sant%C3%A9)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude consacrée à la couverture de la population par une complémentaire santé. La France dispose d'un système d'assurance maladie mixte combinant assurance maladie obligatoire (AMO), publique et universelle, et assurance maladie complémentaire (AMC). L'AMO prend en charge l'essentiel des dépenses de santé, selon un panier et des niveaux de remboursement définis par l'État. L'AMC complète ces remboursements en couvrant les restes à charge ainsi que certaines prestations non financées par l'AMO.

► **Competition and Fraud in Health Care**

DIWAM, R.M., ELIASON, P.J., LEAGUE, R., *et al.*  
2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34802**  
<https://www.nber.org/papers/w34802>

Governments rely on private firms to provide public goods and services. Although competition among these firms reduces prices and the costs of procurement, it has an ambiguous effect on fraud: competition can both dissipate the rents that attracted fraudulent firms to the market while at the same time reducing

margins to the point where legitimate firms no longer remain viable. We study this tradeoff in the government's procurement of durable medical equipment. Following Medicare's switch from regulated prices to competitive bidding, we find that fraudulent firms' cost advantage allowed them to gain market share as legitimate firms exited the market.

► **Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? : Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge**

FAUCHON, A. ET BONNET, O.  
2026

**Dossiers de la Drees (Drees)(135)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/DD135\\_Mesures\\_d%C3%A9remboursements.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/DD135_Mesures_d%C3%A9remboursements.pdf)

Le déremboursement partiel de certains soins est une piste d'économie régulièrement évoquée pour contenir les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Pour un même objectif budgétaire, calibré à 1 milliard d'euros d'économie dans cette étude, plusieurs leviers peuvent être mobilisés : hausse des tickets modérateurs, des participations forfaitaires, ou des franchises. Ces mesures se traduiraient pour les ménages par une hausse de leurs restes à charge ou de leurs primes d'assurance complémentaire santé en moyenne de 35 euros par an. À partir d'un modèle de microsimulation sur la France métropolitaine, cette étude compare différents scénarios en évaluant leur impact financier sur les ménages selon leur niveau de vie, leur âge et leur état de santé.

► **La pluriannualité en santé une priorité stratégique de l'été 2027 : Think tank Cercle Asclepios**

LE CERCLE ASCLEPIOS  
2026

**Paris, Le Cercle Asclepios. (Les notes d'Asclépios)**

<https://cercle-asclepios.fr/wp-content/uploads/2026/02/Asclepios-NOTE-pluriannualite.pdf>

Introduire davantage de pluriannualité dans le pilotage des politiques de santé constitue une attente et une demande récurrente de l'immense majorité des

acteurs de la santé, en particulier depuis la fin de la pandémie du Covid. Cette attente se traduit par des revendications en faveur d'une « loi de programmation en santé », devenue une sorte de passage obligé pour résoudre tous les problèmes du système de santé. Le Cercle Asclépios – santé pour tous a souhaité approfondir cette question de la pluriannualité en santé et formuler des propositions concrètes et pragmatiques, en vue de la nouvelle séquence politique qui s'ouvrira en 2027 après l'élection présidentielle. Cette note propose un schéma d'ensemble articulant les long, moyen et court terme, afin d'inverser l'ordre des priorités que nous subissons actuellement et d'inscrire les décisions de court terme dans une trajectoire de long terme, au service d'une vision stratégique du système de santé.

► **Is Health a Blessing? The Macroeconomic Effects of Health Conditions**

MENDEZ, J., VILLARREAL, H.J. ET CORTES, H.  
2026

**Monterrey, School of Government and Public Transformation Working Paper Series of the School of Government and Public Transformation; 25**

[https://egobiernoytp.tec.mx/sites/default/files/2026-02/health\\_blessing\\_macroeconomic\\_effects\\_health.pdf](https://egobiernoytp.tec.mx/sites/default/files/2026-02/health_blessing_macroeconomic_effects_health.pdf)

This research develops a dynamic and stochastic partial equilibrium model with overlapping generations to simulate the effects of health condition, whether good or poor, on household consumption and indebtedness. While fiscal imbalances caused by pension system structures are currently a pressing issue, the effects of population health status will increasingly become evident in a country's economy, particularly in consumption levels and indebtedness due to higher healthcare expenditures. Household savings levels would be under pressure to cope with unexpected expenses such as out-of-pocket health expenditures. In the model, these out of-pocket expenses are covered through a subsidy, and the government does not directly provide health services but operates a transfer scheme that partially insures households against catastrophic out-of-pocket health expenditures. In order to show the model's capabilities, México will be used as case study. The results display a consumption pattern gap that worsens due to poor health conditions. Additionally, income levels stagnate around the same age at which the proportion of health-related expenditure needs begin to rise and increase relative to income levels. Long-term fiscal sustainability is at risk, not only due to the lack of current attention, but also resources

allocated to adults and elderly could limit investment in the health of new generations, thereby compromising human capital in the future.

► **The Resource Cost of Reducing Waiting Times under Capacity Constraints: Evidence from English Ambulance Services**

ZHU, M. ET PEYRACHE, A.

2026

**Rochester, S.S.R.N.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6213438](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6213438)

Waiting time is a rationing device in many publicly provided services, where capacity is constrained and prices cannot be used to allocate demand. While waiting generates substantial unpriced costs for users, reducing delays requires capacity investment to lower utilisation that may appear cost-inefficient from a provider's perspective. This paper provides a theory-based, empirically applicable approach to quantifying the shadow cost of reducing delay in public services, to inform welfare and policy evaluation. We develop a production-theoretic framework that treats total response time (T), defined as the cumulative time spent responding to demand over a period, as a variable input capturing the intensity of utilisation of fixed capacity-limiting resources. This modelling choice extends the law of diminishing returns by allowing the marginal product of utilisation to become negative—empirically relevant in capacity-constrained public services, but typically excluded by firm profit-maximisation. The framework generates three endogenous regimes—underutilisation, diminishing returns, and congestion, with capacity defined as the peak output attainable prior to congestion. We implement the framework using a non-parametric frontier approach that does not impose functional form restrictions that exclude congestion, applying it to the English ambulance services (2017-2024). We document a clear trade-off between utilisation and waiting: average (frontier-adjusted) waiting reaches the lowest point—12.6 minutes—at approximately 77% capacity utilisation; further utilisation leads to rapidly increasing delays and, eventually, congestion. Counterfactual analysis indicates that a 70% reduction in average waiting would require, around a 15% expansion in capacity, corresponding to a conservative resource cost of £55 per incident.

► **Impacts of Copayment Reform on Health Behaviors among Older People in Japan: Evidence from a National Household Survey**

YEE WONG, C. ET SHINOHARA, S.

2026

**Niigata, I.U.J. Economics & Management Series EMS-2026-02**

[https://www2.ij.ac.jp/research/workingpapers/EMS\\_2026\\_02.pdf](https://www2.ij.ac.jp/research/workingpapers/EMS_2026_02.pdf)

Increasing the cost share for older people can be a policy solution for sustaining healthcare schemes in aging societies. However, its effects on health behaviours remain elusive. This study investigates the Japanese health insurance reform, which increased the copayment rate from 10% to 20% for people aged 70-74 years in 2014. Using data from the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare between 2013 and 2016, our analysis examined the impacts of increased copayment on positive and negative health behaviours among older people, including having regular meals, doing moderate exercise, having regular sleep, smoking, and drinking alcohol. The study found that while augmented cost sharing is associated with increased positive health behaviours, its impact on negative behaviours is complex, with no significant impact on smoking rates but mild upward alcohol consumption. The subsample analyses further reveal heterogeneous effects of increased copayment, in which individuals with higher education levels or those living in big cities are more likely to respond to the policy change by increasing positive health behaviors. This research contributes to the understanding of the complex interplay between health insurance coverage and health behaviours among older adults, highlighting the importance of considering socio-demographic factors in promoting healthy aging.

## Environnement et santé

### Environmental Health

► **Health Co-benefits of Net-Zero Pathways vs. Transition Costs: A Literature Review**

DE TRUCHIS, R., MOUTET, L., QUIRION, P., *et al.*  
2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6075368](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6075368)

Net-zero pathways will generate substantial health co-benefits, which are often large, spatially concentrated, and realized in the near term. Since these features can substantially strengthen the case for ambitious mitigation, it is necessary to quantify these co-benefits and compare them across policy options within a cost-benefit analysis. Yet no previous work has systematically synthesised the methods and outcomes used in this literature to support robust and comparable policy conclusions. We systematically identify seventeen original studies that report monetized health benefits alongside transition costs for forward-looking 2 °C or net-zero scenarios. We extract comparable quantitative indicators (principally benefit-cost ratios) and document key modeling choices. Two main results emerge: first, all studies focus on health benefits arising from reductions in air pollution, while health benefits from active mobility and dietary change are largely not covered; second, with the exception of two Europe-focused studies, all conclude that, under a 2 °C-consistent pathway, health benefits exceed transition costs. Despite this convergence, substantial differences in analytical scope, temporal horizons, and valuation methods limit comparability and weaken the existing evidence. We therefore provide the first comprehensive overview of the underlying modeling approaches and show how these choices shape cost-benefit analysis outcomes. Finally, we propose targeted recommendations to strengthen scientific robustness and policy relevance, including improving comparability across studies, increasing regional analyses, reporting both tangible and intangible costs and benefits in a temporally explicit manner.

► **Greening healthcare through circular economy: advancing health and sustainability in policy and practice**

OR, Z.  
2026

European journal of public health 36(2): ii8–ii13.

[https://academic.oup.com/eurpub/article/36/Supplement\\_2/ii8/8529250](https://academic.oup.com/eurpub/article/36/Supplement_2/ii8/8529250)

Through its activities and energy consumption, the healthcare sector contributes to environmental degradation and climate change. With rising healthcare demands, the adoption of sustainable models has become increasingly urgent. Circular economy (CE) principles—Reduce, Reuse, Recycle, and Recover—offer a strategic framework to minimize waste and resource use while enhancing system resilience. A narrative review was conducted using Medline (PubMed) and Web of Science, covering literature from January 2015 to June 2025. Studies were selected based on relevance to CE principles in healthcare, including case studies, reviews, and original research. The review identified diverse interventions aligned with CE principles, including reducing low-value care and energy consumption, optimizing surgical trays, promoting reusable medical devices, enhancing waste segregation, and recovering energy from non-recyclable waste. Case studies from various countries highlight both environmental and economic benefits, such as lower CO<sub>2</sub> emissions, cost savings, and greater operational efficiency. However, challenges remain, including limited climate literacy, regulatory gaps, and insufficient leadership. Applying CE principles in healthcare can significantly reduce environmental impact while supporting high-value care and financial sustainability. Broader adoption requires systemic policy support, stakeholder engagement, and integration of environmental metrics into clinical and procurement decisions.

## Geography of Health

### ► Améliorer l'accès aux soins en outre-mer en proposant des solutions adaptées à chaque territoire

COUR DES COMPTES

2026

In : [Rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes] Paris, Cour des comptes

[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-03/20260325-RPA-2026-l-2-Ameliorer-l-acces-aux-soins-en-outre-mer\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-03/20260325-RPA-2026-l-2-Ameliorer-l-acces-aux-soins-en-outre-mer_0.pdf)

La situation des territoires ultramarins en matière d'accès aux soins se caractérise par une diversité et des spécificités géographiques, démographiques et sociales qui les distinguent significativement de la France métropolitaine. Malgré des améliorations en matière de démographie médicale, les outre-mer font en effet face à des difficultés liées à la disponibilité de l'offre de soins et à l'organisation des soins de premier recours, dans un contexte de moyens humains insuffisants et de déficit budgétaire des établissements de santé ultra-marins. Ce chapitre met en lumière, d'une part, les principaux obstacles structurels à une offre de soins équitable et de qualité (I), et, d'autre part, les réponses locales déjà engagées, qu'il s'agit de poursuivre et d'amplifier dans une logique de coordination à la fois territoriale et régionale (II).

### ► Les mailles territoriales d'action

LAPORTE, A. ET RIBARDIERE, B.

2026

Londres, Iste Wiley

<https://www.istegroup.com/fr/produit/les-mailles-territoriales-daction/>

Souvent perçus comme très technocratiques, les mailles administratives constituent pourtant une composante essentielle de l'action publique. Cet ouvrage collectif montre qu'ils en disent long sur les politiques contemporaines. À travers une série d'enquêtes centrées sur le cas français, il dévoile comment ces découpages territoriaux sont pensés, mis en oeuvre et sans cesse discutés. Car les maillages ne sont jamais neutres : ils traduisent des choix, des rapports de force et des visions du territoire. Organisé en trois parties, cet ouvrage explore d'abord les logiques politiques qui

président à la fabrication des découpages, du département aux quartiers. Il s'attache ensuite à des maillages souvent méconnus, qui structurent la justice, l'école, la santé ou l'action sociale. Enfin, il analyse l'émergence de zonages ciblés, conçus pour lutter contre les inégalités sociales ou protéger l'environnement. Les mailles territoriales d'action éclairent ainsi un aspect central de la politique publique : les découpages du territoire comme outil d'action. Il offre une clé de lecture originale des tensions entre quête d'efficacité et exigences de démocratie territoriale.(4è de couv.)

### ► Santé dans les Outre-mer, agir pour une égalité réelle entre tous les citoyens

LEUNG, E. ET TOMÉ-GERTHEINRICH, E.

2026

Paris, CESE (Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental)

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2026/2026\\_02\\_sante\\_OM.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2026/2026_02_sante_OM.pdf)

Le CESE a veillé à formuler des préconisations qui se veulent structurantes et transversales à l'ensemble des territoires, et qui devront être adaptées à chacun d'eux compte tenu notamment de leurs enjeux territoriaux et de leurs compétences statutaires propres. Trois objectifs majeurs ont guidé l'élaboration de cet avis : Rendre visible la situation sanitaire des Outre-mer, souvent insuffisamment connue, documentée, et prise en compte dans les politiques nationales ; Aborder la santé ultramarine selon une approche systémique, tenant compte des spécificités géographiques, sociales, culturelles et environnementales de ces territoires ; Proposer un chemin pour améliorer la conception, l'organisation et le déploiement des politiques de santé dans les Outre-mer en interrogeant aussi bien les déterminants de santé, les nouvelles urgences de santé publique que le financement, l'exercice et la fidélisation des professionnels de santé, les modes de coordination et les leviers d'action pour une meilleure efficacité.

► **Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France. : Le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes**

LUCAS-GABRIELLI, V. ET BONAL, M., MANGENEY, C.,  
*et al.*

2026

**Questions d'Economie de la santé (Irdes)(305)**

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/305-inegalites-spatiales-et-financieres-d-accessibilite-a-la-medecine-de-ville-en-france.pdf>

En France, l'accessibilité aux soins de premier recours et aux soins spécialisés présente d'importantes disparités selon les départements. A ces disparités géographiques peuvent s'ajouter des problèmes d'accessibilité financière liés aux dépassements d'honoraires pratiqués dans certaines spécialités et dans certains territoires. Cette étude propose de renouveler le diagnostic des inégalités spatiales d'accessibilité à la médecine spécialisée de ville en adaptant l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) à ce type de soins et en se centrant sur trois spécialités : les cardiologues, les dermatologues et les ophtalmologistes. Dans la plupart des départements, on observe d'importantes disparités d'accès à ces trois spécialités, avec une centralité - correspondant souvent à la préfecture - qui offre une bonne accessibilité à ces médecins, celle-ci se réduisant progressivement à mesure que l'on s'en éloigne. Dans certains départements situés principalement sur la diagonale centrale, cette accessibilité est toutefois limitée sur tout le territoire. Pour les ophtalmologistes et les dermatologues, l'accessibilité repose essentiellement sur l'offre de secteur 2, tous types d'espaces confondus, alors que pour les cardiologues, elle repose majoritairement sur l'offre de secteur 1. Les dépassements d'honoraires renforcent également les inégalités sociales d'accessibilité géographique aux spécialistes : celle-ci est plus faible pour les communes les plus pauvres et plus élevée pour les communes les plus riches, dans lesquelles la demande est plus solvable.

► **Les maillages français de l'action publique en santé**

MANGENEY, C., ELIOT, E., LUCAS- GABRIELLI, V., *et al.*

2026

**In : [Les mailles territoriales d'action]. Londres, Iste Wiley.**

<https://www.istegroup.com/fr/produit/les-mailles-territoriales-daction/?/63057>

L'objectif de ce chapitre est de retracer, depuis la constitution de l'État français, les trois périodes clés ayant conduit à façonner les mailles de la territorialisation sanitaire contemporaine. Il s'agit plus particulièrement de comprendre les conditions de leurs transformations en interrogeant les modalités d'organisation des acteurs, leurs référentiels permettant de moduler les politiques, mais également leurs parts de résistance aux changements qui font porter aux maillages actuels la marque de leur histoire passée.

► **Les vulnérabilités sociales territoriales : élaborer une méthode intégrée pour comprendre, comparer et agir**

PORTIER, O.

2026

**Paris, Caisse des dépôts et consignations. (Cahier de recherche(s))**

[https://www.caissedesdepots.fr/sites/ms-cdc-fr/files/2026-01/Cahier\\_de\\_recherche-Les\\_vuln%C3%A9rabilites\\_sociales\\_territoriales.pdf](https://www.caissedesdepots.fr/sites/ms-cdc-fr/files/2026-01/Cahier_de_recherche-Les_vuln%C3%A9rabilites_sociales_territoriales.pdf)

La période actuelle est marquée par un enchevêtrement de tensions économiques, sociales, identitaires et géopolitiques qui renforcent les fragilités structurelles de certains territoires. Ces fragilités se doublent de vulnérabilités touchant le logement, la mobilité, la santé ou encore le vieillissement de la population. Cette hétérogénéité de situations territoriales pose une question centrale : comment interpréter, comparer et cartographier ces vulnérabilités ? Ce cahier de recherche propose d'éclairer les stratégies de politiques publiques et de coordination territoriale pour mieux répondre aux enjeux de solidarité et d'aménagement du territoire.

## Disability

### ► **La surdité sévère à profonde chez l'adulte en France**

NILE CONSULTING

2026

Paris, Nile consulting

[https://www.nile-consulting.eu/drop/LIVRE-BLANC\\_Surdite\\_severe\\_a\\_profonde\\_en\\_France\\_2026\\_WEB2.pdf](https://www.nile-consulting.eu/drop/LIVRE-BLANC_Surdite_severe_a_profonde_en_France_2026_WEB2.pdf)

La surdité sévère à profonde touche près de 500 000 adultes en France. Malgré des évolutions positives en matière d'appareillage, le parcours de soins reste marqué par des freins majeurs : repérage tardif, délais d'accès, manque d'information et fortes disparités territoriales. Comment améliorer cette prise en charge ? Ce livre blanc « analyse les réalités vécues par les patients », identifie les freins et les leviers du parcours de soins, et éclaire les enjeux d'accès, de coordination et d'innovation.

### ► **Good practices on disability-inclusive health : The WHO European framework to achieve the highest attainable standard of health for people with disabilities**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2025

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

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-9550-49322-73722>

This good practices document showcases a diverse set of disability-inclusive health initiatives implemented across the WHO European Region, mapping real examples against the objectives of the WHO European framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities 2022–2030. The case studies include systems reforms, service coordination platforms, workforce training, digital accessibility solutions, and inclusive governance models co-produced with organizations of people with disabilities. Collectively, they demonstrate that sustainable progress in disability-inclusive health is achieved through co-design with people with disabilities and their representative organizations and through integration with financing, service standards and accountability structures. Effective practices prioritize proactive outreach to reduce stigma, interministerial and inter-

sectoral collaboration to prevent fragmentation, and capacity-building of health workers on inclusion. Cross-cutting policy directions emphasize the importance of shared governance roles with people with disabilities, systematic disability-disaggregated data collection, nationwide accessible communication formats, and sustained public health financing for universal design and workforce development. These case studies illustrate how the commitment of Member States towards advancing health equity for people with disabilities is producing tangible impact across the Region. This document is intended as a practical resource for Member States in the Region to help them adapt, replicate and scale disability-inclusive approaches.

### ► **Comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale**

SAMU SOCIAL

2026

Paris, Samu social.

<https://www.samusocial.paris/enquetes-cpt/reperes-projet-de-recherche-sur-la-perinatalite-et-lerrance-residentielle/>

Le projet REPERES (Recherche sur la Périnatalité et l'Errance Résidentielle) est un projet de recherche pluridisciplinaire porté par l'Observatoire du samusocial de Paris et le réseau Solipam. Il est mené en collaboration avec plusieurs pôles du Samusocial de Paris, notamment le pôle Delta, ainsi qu'avec des partenaires extérieurs tels que Parcours d'Exil. Le projet REPERES a pour objectif de mesurer les conséquences des conditions d'hébergement sur la santé des femmes enceintes sans domicile et de leurs nouveau-nés en Île-de-France. Il contribue à visibiliser la situation des femmes sans domicile, une population encore largement invisibilisée dans les données statistiques et les débats publics.

## Hospital

► **Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale**

ALBERTONE, M., ATGER, P.M., RICORDEAU, P., *et al.*  
2025

**Paris, I.G.A.S. (Rapport Igas 2025-030R)**

<https://www.igas.gouv.fr/face-la-gravite-de-la-situation-financiere-des-hopitaux-publics-renforcer-lefficiency-par-une-integration-territoriale-0>

Dans un contexte de détérioration des finances hospitalières publiques, avec un déficit estimé à près de 2,9 milliards d'euros fin 2024, la mission avait pour objectifs : d'analyser la dégradation du déficit des hôpitaux publics depuis la crise sanitaire ; d'identifier les leviers les plus adaptés pour maîtriser les charges des établissements ; de proposer des modalités renouvelées de pilotage de l'efficacité hospitalière

► **Situation financière des établissements de santé en 2023 : Secteurs public et privé non lucratif**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION  
2026

**Lyon, A.T.I.H.**

[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/5139/analyse\\_de\\_la\\_situation\\_financiere\\_2023.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/5139/analyse_de_la_situation_financiere_2023.pdf)

En 2023, les établissements publics et privés à but non lucratif affichent un déficit global de 2,2 milliards d'euros, presque le double de celui de 2022, avec une majorité d'établissements publics lourdement déficitaires sur leurs activités de soins hospitaliers. La chute massive du résultat d'exploitation explique principalement l'aggravation du déficit, tandis que l'écart entre recettes et dépenses s'élargit, dopé par la flambée des charges hôtelières et générales dans un contexte inflationniste pesant sur les établissements de santé. Malgré ces tensions, les investissements continuent de progresser et le processus de désendettement se maintient.

► **Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers**

COUR DES COMPTES  
2026

**In : [Rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes] Paris, Cour des comptes**

[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-03/20260325-RPA-2026-I-1-Reorganiser-le-maillage-de-l-offre-de-soins-hospitaliers\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-03/20260325-RPA-2026-I-1-Reorganiser-le-maillage-de-l-offre-de-soins-hospitaliers_0.pdf)

L'accessibilité des soins hospitaliers constitue, pour nos concitoyens, une préoccupation importante. Elle est en effet une condition pour éviter les retards de prise en charge et les pertes de chance de guérison. Elle dépend de plusieurs facteurs : la connaissance de l'offre de soins par les patients, sa proximité géographique, sa disponibilité effective et, aussi, son adéquation aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Avec environ 2 500 sites, la France métropolitaine se caractérise par une forte densité géographique de ses établissements de santé. Afin de mieux tenir compte de situations territoriales contrastées, les pouvoirs publics ont confié aux agences régionales de santé (ARS), depuis 2010, la responsabilité de piloter l'organisation territoriale de l'offre de soins hospitalière. Cette évolution s'est inscrite dans la recherche d'une plus forte concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, collectivités territoriales, citoyens).

► **La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024**

GRATIEUX, L. ET LE GUILLOU, Y.  
2025

**Paris, I.G.A.S. (Rapport Igas 2025-007R)**

<https://www.igas.gouv.fr/la-compensation-financiere-des-revalorisations-salariales-et-de-linflation-dans-les-etablissements-publics-de-sante-entre-2020-et-2024>

Le rapport évalue l'impact financier des revalorisations salariales du Ségur de la santé, des mesures pour soutenir le pouvoir d'achat des fonctionnaires et du coût de la forte inflation des années 2022 et 2023. Il vérifie le niveau de compensation de ces charges supplé-

mentaires et les éventuelles distorsions résultant des modes de financement utilisés.

► **Hospitalisation for acute heart failure and in-hospital mortality before, during and after the COVID-19 pandemic in France: a nationwide cohort study from 2013 to 2024**

MOULAIRE, P., DELORY, T., OGHINA, S., ESPAGNACQ, M., *et al.*

2026

**BMJ Public Health 4:e003566**

<https://bmjpublichealth.bmj.com/content/4/1/e003566>

Introduction Healthcare systems were reorganised in 2020 to manage the COVID-19 pandemic. Despite their urgent status, hospital admissions for acute heart failure (AHF) were reported to decline from 9% to 66% worldwide between 2020 and 2021, with divergent findings regarding in-hospital mortality. This study aimed to investigate in detail the evolution of AHF hospitalisations and in-hospital mortality in France from 2013 to 2024. Methods Based on the 2.9 million AHF hospitalisations recorded in France from 2013 to 2024, yearly numbers of hospitalisations and deaths expected in years 2020–2024 were estimated using a Poisson regression model, with 2013–2019 as the reference period. The differences between observed and expected event counts in the years 2020–2024 were used to quantify the disruptions that occurred since the emergence of the pandemic. Results A total deficit of –222 913 (–223 908 to –221 926) (mean (95% CI)) AHF hospitalisations was estimated for the years 2020–2024, corresponding to a 16.1% decrease compared with pre-pandemic trends. The yearly reduction in AHF hospitalisations worsened over time, from –39 268 (–39 685 to –38 847) fewer cases in 2020 to –55 521 (–55 984 to –55 051) in 2024. Between 2020 and 2024, 7794 (7557 to 8028) excess hospital deaths were estimated, corresponding to an 8.4% excess compared with pre-pandemic trends. From 2021 to 2024, this excess ranged from 9.6% to 16% for females compared with 7.1% to 11.1% for males. Conclusions The apparent long-lasting changes in the management of patients with AHF in France observed since the COVID-19 pandemic emergence, particularly among females, suggest further research for better understanding the sustained observed disruptions.

► **Measure, Monitor, Minimize: Re-envisioning a PhilHealth Hospital Readmission Policy for Value-Based Purchasing and Financial Risk Protection for Filipinos**

SIY VAN, V.T., CASAS, L.D.D., SIGUA, J.A.V., *et al.*  
2025

**Quezon City, Philippine Institute for Development Studies PIDS Discussion Paper n° 2025/61**

<https://www.pids.gov.ph/publication/discussion-papers/measure-monitor-minimize-re-envisioning-a-philhealth-hospital-readmission-policy-for-value-based-purchasing-and-financial-risk-protection-for-filipinos>

Hospital readmissions are often used to measure quality and continuity of care within health systems. In 2024, the Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) removed its Single Period Confinement (SPC) Rule, a longstanding policy that denied reimbursements for readmissions within 90 days for the same primary case rate or diagnosis. Originally intended to deter unnecessary admissions, the SPC Rule drew criticism for hampering access and reducing financial protection. This study presents the first empirical analysis of PhilHealth's readmission policy using inpatient claims from 2018 to 2023 to assess the magnitude and cost of all-cause, planned, and avoidable hospital readmissions in the Philippines. Readmission trends were compared across hospital levels and ownership, as well as among patient groups. Findings indicate that readmission rates were significantly lower than those observed in other countries. The rates of avoidable and complication-related readmissions remained stagnant over the five years for all hospital levels, indicating a lack of significant changes in provider service delivery. Instead, the policy exposed the most vulnerable Filipinos to greater financial risk, as elderly and indigent Filipinos had the highest share of avoidable readmissions. The removal of the SPC Rule presents an opportunity to systematically redesign how readmissions in the Philippines are measured, monitored, and minimized, and to shift to a provider payment system that integrates quality assessments in payment determination. PhilHealth must distinguish planned or routine readmissions from unplanned and avoidable readmissions that may indicate hospital-acquired complications. A robust readmission monitoring system can inform value-based purchasing decisions that ensure quality and complete care for Filipinos without excessive financial risk. Finally, readmission policies must be supported by programs that bridge the continuum of care prior to and after patient discharge. Without these, PhilHealth will continue to

reward avoidable readmissions that come at great cost

to patients' health and financial status.

## Inégalités de santé

### Health Inequalities

► **Public Policy to Reduce Inequalities across Europe: Hope Versus Reality**

CAIRNEY, P., KEATING, M. ET KIPPIN, S.

2022

Oxford, Oxford University Press

<https://academic.oup.com/book/44117>

There is a broad consensus across European states and the EU that social and economic inequality is a problem that needs to be addressed. Yet inequality policy is notoriously complex and contested. This book approaches the issue from two linked perspectives. First, a focus on functional requirements highlights what policymakers think they need to deliver policy successfully, and the gap between their requirements and reality. We identify this gap in relation to the theory and practice of policy learning, and to multiple sectors, to show how it manifests in health, education, and gender equity policies. Second, a focus on territorial politics highlights how the problem is interpreted at different scales, subject to competing demands to take responsibility. This contestation and spread of responsibilities contributes to different policy approaches across spatial scales. We conclude that governments promote many separate equity initiatives, across territories and sectors, without knowing if they are complementary or contradictory. This outcome could reflect the fact that ambiguous policy problems and complex policymaking processes are beyond the full knowledge or control of governments. It could also be part of a strategy to make a rhetorically radical case while knowing that they will translate into safer policies. It allows them to replace debates on values, regarding whose definition of equity matters and which inequalities to tolerate, with more technical discussions of policy processes. Governments may be offering new perspectives on spatial justice or new ways to reduce political attention to inequalities.

► **L'état du mal-logement en France : 31<sup>e</sup> rapport annuel 2026**

FONDATION POUR LE LOGEMENT

2026

Paris, Fondation pour le logement

<https://www.fondationpourlelogement.fr/31e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-en-2026/>

L'année 2025 a encore été une année noire pour le logement. Après des années d'abandon par l'État, le logement est engagé dans une spirale inquiétante. Quand les indicateurs du mal-logement se dégradent tous, que la pauvreté et les inégalités atteignent des sommets, des mesures ponctuelles et marginales ne suffiront pas à résoudre la crise du logement (résumé de l'éditeur).

► **International comparison of equity gradients in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions**

SPIRO, G.M., QINGBAI, Y., ABIONA, O., OR, Z., PENNEAU, A., *et al.*

2026

BMC Health Services Research 26 482

<https://doi.org/10.1186/s12913-026-14406-4>

Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs) are thought to be avoidable with effective preventive care and early disease management, usually delivered in community-based ambulatory care settings. These hospitalizations are both costly and sensitive to the socioeconomic situation of patients. Understanding whether different health systems mitigate the sensitivity of ACSCs to socioeconomic gradients may direct attention to equity-improving approaches to ambulatory health care. This study sought to identify differences in the gradient of Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) relative to socioeconomic status across nine countries, namely Australia, Canada, England, Finland, France, New Zealand, Spain, Switzerland, and the United States (US).

► **Le rôle de la position sociale sur la santé : Pourquoi la position sociale est importante à considérer dans l'état de santé d'une population et comment la mesurer dans les travaux de santé publique ?**

VANDENTORREN, S., MONDEILH, A. ET SOULLIER, N.  
2026

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

<https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/enquetes-Etudes/pourquoi-la-position-sociale-est-importante-a-considerer-dans-l-etat-de-sante-d-une-population-et-comment-la-mesurer-dans-les-travaux-de-sante-publ>

Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques de l'état de santé entre les groupes de population, qui sont socialement construites : elles peuvent se déconstruire et sont par-là modifiables.; Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les populations en situation de précarité

socioéconomique mais toute la société : l'état de santé d'une personne dépend de la position qu'elle occupe dans la hiérarchie de la société. Cette position appelée position sociale se caractérise par différentes dimensions et identités sociales de genre, d'origine migratoire et de position socioéconomique (niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, ressources) et ne peut se résumer à une seule dimension : c'est souvent l'interaction de ces dimensions qui est la plus significative en termes d'impact en santé. En France, les inégalités sociales de santé peinent à prendre en compte les autres dimensions comme l'origine migratoire et le genre en sus de la position socioéconomique (éducation, revenu, situation professionnelle), qui elle-même reste sous étudiée en lien avec la santé. Santé publique France a systématisé la collecte de la position sociale dans ses études pour une meilleure visibilité de leur impact en santé publique : les résultats dans les grandes enquêtes de santé sont désormais systématiquement analysables au regard de la position sociale.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

► **En France, les personnes âgées consomment trop de benzodiazépines, et en méconnaissent les risques**

PICHETTI, S., PENNEAU, A. ET PERRONNIN, M.  
2026

**The conversation**

<https://theconversation.com/en-france-les-personnes-agees-consomment-trop-de-benzodiazepines-et-en-meconnaissent-les-risques-275726>

La France est l'un des pays d'Europe où la consommation de benzodiazépines par les personnes âgées reste la plus élevée. Pour mieux dormir ou calmer l'anxiété, nombre d'entre elles s'en voient prescrire pendant des mois, voire des années, souvent sans que la mesure des risques associés à ces médicaments ne soit prise.

► **Medicaid Coverage for Obesity Medications: Utilization and Net-of-Rebate Spending**

WING, C., LO, W.L., POTTER, M., *et al.*  
2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34949**

<https://www.nber.org/papers/w34949>

We document state variation in Medicaid coverage for obesity-indicated GLP-1 medications over time, and use a stacked difference-in-differences design to estimate the effects of coverage on utilization and net-of-rebate spending. Nine quarters out, coverage increases prescriptions for obesity-indicated GLP-1 medications by 0.82 per 100 enrollee-months (SE = 0.10). Coverage had no effect on GLP-1 prescribing for diabetes or cardiovascular indications, suggesting that off-label prescribing of diabetes formulations for obesity is not very common in the Medicaid program. The expansions do not appear to affect consumer spending at major online GLP-1 compounding firms, which suggests that the utilization response in our main analysis reflects

new utilization rather than crowd-out. We find that coverage increases net-of-rebate Medicaid spending by \$751.6 per 100 enrollee-months (SE = \$92.0), compared to \$986.9 in gross reimbursements—manufacturer rebates reduce the state’s net spending by approximately 24 percent. Across the 17 states that

ever covered obesity-indicated GLP-1 medications by mid-2025, coverage increased Medicaid net spending by around \$2.68 billion per year. Extending Medicaid coverage in the remaining states would generate a further \$3.63 billion in annual net spending.

## Méthodologie-Statistique

### Methodology-Statistics

► **Methodological evaluation of ICHI as an international benchmark for comparative hospital activity analysis: application to Belgian and French surgical procedures**

AZZI, D., LECLERCQ, P., PAILLET, D., *et al.*  
2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6300621](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6300621)

Background International comparisons of hospital activity data require standardized classifications. The joint OECD/Eurostat/WHO-Europe questionnaire (JQNMHC) still uses ICD-9-CM, although countries have moved to ICD-10 and ICD-11. WHO International Classification of Health Interventions (ICHI) is a triaxial framework (Target-Action-Means) intended to support international harmonization but remains underused for aggregating national nomenclatures. Objective This study examines the value of replacing ICD-9-CM with ICHI for international comparisons across the OECD, Eurostat, and WHO-Europe. Methods We conducted a methodological study using 2022 Belgian and French data for five surgical procedures from the questionnaire shortlist: hip replacement, transurethral prostatectomy, total mastectomy, coronary artery bypass grafting, and coronary angioplasty. Each procedure was matched to ICHI codes and, through these, to Belgian (NPS V1) and French (CCAM) codes. Matches were validated by a Belgian and a French evaluator. We compared population-standardized quantities (per 100,000 population) with data transmitted to Eurostat. Results ICHI mapping reduced differences in granularity; for example, hip replacement required 4 ICHI codes covering 8 NPS V1 codes and 26 CCAM codes. Normalized quantities were comparable for most procedures (e.g., 282 hip replacements/100,000 population in Belgium

vs 259 in France). Conclusion ICHI can serve as a reference classification for international comparisons by aggregating national codes into standardized categories. Its triaxial structure helps address granularity differences. A key limitation is the provisional use of expert estimates for Belgium. Implementation requires comprehensive national correspondence tables and rigorous validation. Replacing ICD-9-CM with ICHI in the Joint Questionnaire would require international coordination and a validation period.

► **Algorithms for the identification of asthma patients in healthcare administrative databases: a systematic review**

CURMIN, R., IWATSUBO, Y., DHEYRIAT, L., COMRUELLE, L., *et al.*

2026

*Journal of epidemiology and population health* 74 (2)

<https://doi.org/10.1016/j.jep.2026.203373>

Background: Healthcare administrative databases have many advantages for conducting studies on asthma. However, identifying asthma patients in these databases requires using algorithms based on reimbursement data. Objective: The main objective of this study was to describe published algorithms identifying asthma patients in healthcare administrative databases. Methods: We performed a systematic review of the studies using an algorithm to identify asthma patients from healthcare administrative databases, and published between 01/01/2016 and 31/12/2020 in Pubmed®. Data related to the characteristics of the studies, the algorithms used, and their validation were extracted using a standardized form. Results: Three hundred and three studies were selected total-

ing 471 algorithms including 266 (56.5%) identifying asthma patients without details regarding severity or control, 41 (8.7%) identifying asthma exacerbations and 99 (21.0%) characterizing asthma severity or control. Among the 266 algorithms identifying asthma patients, we found a total of 138 "different" algorithms and most of them used only diagnostic codes - from hospital or ambulatory data (n = 64, 46.4%) or combined diagnostic codes with drug dispensations (n = 36, 26.1%). Only 21.1% of the 266 algorithms used were reported as validated. Conclusion: Many algorithms for identifying cases of asthma are available; the choice of an algorithm should be based on its relevance according to the objective of the study, the type of asthma, the type of healthcare administrative database, and its validation.

► **Contribution of the French national health data system to research on mental disorders: A public health perspective – insights from the mental disorders working group of the ReDSiam network**

GANDRE, C., BAGHDADLI, A., COLDEFY, M., *et al.*  
2026

**Journal of epidemiology and population health**  
**74(2): 203365**

<https://doi.org/10.1016/j.jep.2026.203365>

Mental disorders represent a major public health challenge, exerting significant pressure on health systems and societies worldwide. Addressing persistent knowledge gaps in their epidemiology and adequate care requires robust population-based data. This article illustrates how a large-scale health claims database can advance research on mental disorders and inform public health decision-making, using the French national health data system (SNDS) as an example. We conducted a thematic mapping of studies that used the SNDS to investigate mental disorders from a public health perspective. Relevant studies were identified through the collective expertise of the Mental Disorders Working Group within the ReDSiam network, a national expert group dedicated to developing and validating algorithms for use within the SNDS. Sources included presentations at the group meetings, scientific conferences, and existing literature. First, the SNDS, particularly when combined with prospective cohorts, enables large-scale research on factors associated with the onset of mental disorders, ranging from early-life exposures to adverse life events. Second, it supports the comprehensive epidemiological surveillance of these conditions by facilitating the development of refined

detection algorithms and enabling the monitoring of temporal and spatial trends. Third, it allows advanced analyses of care trajectories for individuals with mental disorders, adopting a whole-system approach capturing pathways across services. The SNDS offers unprecedented opportunities to advance public health research on mental disorders. Despite limitations, notably regarding clinical and socio-economic information, ongoing methodological advances and broader data integration will further strengthen its contribution to guiding prevention and care strategies in France.

► **Python pour le data scientist : Des bases du langage au machine learning**

JAKOBOWICZ, E.  
2024

**Paris, Editions Dunod**

Si vous vous intéressez au traitement des données avec le langage Python, cet ouvrage s'adresse à vous. Que vous soyez débutant en Python ou que vous ayez une expérience significative, il vous apportera les clés pour utiliser ce langage en data science. Ce livre répond à de nombreuses questions sur Python : Comment utiliser Python en data science ? Comment coder en Python ? Comment préparer des données avec Python ? Comment créer des visualisations attractives avec Python ? Comment appliquer des modèles de machine learning et de deep learning avec Python ? Comment passer aux environnements big data ? (tiré de la 4<sup>e</sup> de couv.)

► **Geographic information in the French national health data system: Key challenges for territorial health studies**

LEROY, C., COURTEJOIE, N. ET ESPAGNACQ, M.  
2026

**Journal of epidemiology and population health**  
**74(2): 203374**

<https://doi.org/10.1016/j.jep.2026.203374>

Accounting for geographical factors is essential when studying patient care pathways, assessing disease prevalence, and analysing social and territorial inequalities in health. Breaking down health data by geographic areas is therefore a crucial issue for public policy and health management at the local level. However, the characteristics of the geographic information used in the analysis of health data from the French National Health Data System (SNDS) remains

poorly documented in studies and largely absent from publications. A group of experts from the RedSiam network's task force on methodology explored the multiple geographical dimensions within the SNDS (place of residence, place of care, place of death, etc.) by conducting a documentary and technical analysis of its main health administrative databases. This collective expertise highlights the challenges associated with the spatialisation of health data, both in terms of quality and reliability. Correction methods and standardisation tools are provided to enhance the use of geographic data and to help users understand their limitations. In addition, the task force's findings have been summarised from a decision-support perspective to guide SNDS users in selecting the geographic information best suited to their objectives in epidemiology or health services research. This work offers a valuable methodological framework for researchers and analysts who incorporate territorial aspects into their public health analyses.

► **Stability of preferences in longitudinal stated preference surveys: an application to COVID-19 vaccines across 9 countries**

SONG, F., HESS, S., AMARIS, G., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6304132](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6304132)

Researchers commonly discuss possible sources of preference instability in the context of stated choice surveys, primarily linked to learning and fatigue. However, with the reliance on one-off surveys, capturing data at a single point in time, almost all work relies on the assumption that results are stable over time. This paper discusses how, especially in the context of important exogenous changes, analysts should also give credence to the possibility that results might be different if data had been collected at different points in time. We propose a structured approach for testing choice and preference consistency across repeated waves of stated choice surveys, and illustrate this on the basis of a COVID-19 vaccine survey carried out in 3 repeated waves across 9 countries. We show that while there is overall a high degree of consistency, variations in preferences exist at the level of individual explanatory variables, and this differs across countries.

## Politique de santé

### Health Policy

► **The first 1000 days and beyond: The process of child development**

ATTANASIO, O.

2026

New Haven, Yale University Cowles Foundation  
Discussion Paper 2491

<https://cowles.yale.edu/sites/default/files/2026-01/d2491.pdf>

This paper reviews recent developments in the economics of human development, focusing on the early years of life as a critical period for shaping long-term outcomes. Early childhood development is inherently multidimensional: cognitive and socioemotional skills evolve dynamically and interact with health, nutrition, and environmental influences. Economists have contributed to this field by providing a conceptual unifying

framework that highlights how key drivers of development reflect the choices of individuals operating under incentives and constraints. Within this framework, the paper emphasizes two central challenges: understanding the interactions among multiple dimensions of development and identifying causal links - particularly the effects of different inputs at different ages. Measurement issues are a recurring theme, given the difficulty of assessing young children and the need for comparability across contexts. The paper also stresses these issues' policy relevance for poverty reduction and social mobility by discussing early childhood interventions in both developed and developing countries.

► **Guide pratique – Vers une santé publique participative**

CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE PARTENARIAT AVEC  
LES PATIENTS ET LE PUBLIC

2026

**Montréal, CEPPP**

<https://ceppp.ca/wp-content/uploads/2026/02/guide-pratique-jan2026-v-2.pdf>

Ce guide s'adresse aux acteurs et actrices de santé publique qui souhaitent travailler en partenariat avec les citoyennes dans la planification, la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation. Avec un cadre souple et adaptable, il résume les éléments clés de la mise en place du partenariat avec les citoyennes ainsi que les bonnes pratiques d'inclusion des savoirs citoyens dans un contexte de santé publique

► **Repenser l'organisation du système de santé avec les usagers : Quels besoins et services attendus par les associations de patients et d'usagers ?**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE  
MALADIE

2026

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

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/document-de-travail-du-hcaam-repenser-l-organisation-du-systeme-de-sante-avec-les-usagers-quels-besoins-et-services-attendus-par.html>

Ce document explore la nécessité de repenser l'organisation du système de santé en intégrant davantage la participation et la représentation des usagers et des associations de patients. Une réforme globale du système de santé est nécessaire pour mieux répondre aux besoins de la population en intégrant davantage la participation des usagers comme acteurs clés. Cette vision offrait à chaque acteur du système des perspectives de développement alignées sur des objectifs communs : améliorer les services rendus à la population et renforcer les résultats en matière de santé. Au cœur de cette transformation figure une conviction forte : les patients doivent être pleinement reconnus comme acteurs de leur parcours de soins et associés à la définition des priorités nationales de santé.

► **Objectifs de santé publique pour le 5<sup>e</sup> Programme National Nutrition Santé (PNNS)**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2026

**Paris, H.C.S.P.**

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1494>

En complément de son rapport Recommandations pour l'élaboration du 5<sup>e</sup> Programme national nutrition santé (PNNS 5)(juin 2025), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) propose des objectifs de santé publique dans ce cadre. Cet avis s'inscrit dans la perspective d'un PNNS rénové intégrant explicitement l'alimentation durable, notamment dans sa dimension environnementale, l'activité physique, la réduction de la sédentarité et le sommeil. Les objectifs portent à la fois sur les comportements et sur les environnements (alimentaire, scolaire, professionnel, territorial) qui conditionnent les choix et les expositions. Dans un contexte marqué par l'absence de données épidémiologiques récentes mesurées – les résultats de l'étude ALBANE étant attendus à partir de 2027-2028 – le HCSP souligne les limites actuelles pour fixer certaines cibles chiffrées et propose d'actualiser les indicateurs à la lumière des prochaines données disponibles.

► **Delivering High Value Cancer Care**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE  
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

**Paris, O.C.D.E.**

[https://www.oecd.org/en/publications/delivering-high-value-cancer-care\\_060869fe-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/delivering-high-value-cancer-care_060869fe-en.html)

The global burden of cancer continues to rise, with an increasing number of cancer cases over the past two decades – particularly among younger women – placing sustained pressure on healthcare services and affecting well-being and economic outcomes. This report provides new, cross-country evidence and policy insights on how to deliver cancer care that ensures value for patients and healthcare systems. Drawing on quantitative and qualitative analyses – including new internationally comparable indicators and a policy survey – the report examines three pressing priorities to deliver high value cancer care: faster access to care, evidence-based and efficient care that ensures the best health outcomes; and people-centred approaches that reflect individuals' needs and preferences.

► **Partenariats en santé et Patients-partenaires**

SAOUT, C.  
2026

**Paris, Terra Nova**

<https://tnova.fr/societe/sante/partenariats-en-sante-et-patients-partenaires/>

Et si collectivement nous faisons quelque chose avec ceux qui ont traversé l'épreuve de la maladie ou ont été confrontés à des risques de santé ? C'est évidemment déjà le cas avec les nombreuses associations qui s'impliquent pour offrir de la solidarité et du soutien aux patients et militer pour l'amélioration des états de santé et de notre système de santé. Mais, il n'est pas

toujours nécessaire d'être engagé dans une structure associative, de surplus, agréée, pour « fabriquer » une meilleure santé pour tous. C'est l'intérêt des patients-partenaires qui pourraient comme certaines expériences le démontrent apporter eux aussi leur pierre dans ce domaine. Sur la base des preuves apportées en France et dans le monde, ce plaidoyer propose un développement des mécanismes de partenariat avec les patients, et de l'innovation que constitue les patients-partenaires. Ce serait une chance « en plus » au moment où nous sommes confrontés à un choc sanitaire à la croisée du vieillissement de la population, de la montée des maladies chroniques et des contraintes budgétaires et de ressources humaines (résumé de l'auteur).

## Politique publique

### Public Policy

► **Rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes**

COUR DES COMPTES  
2026

**Paris, Cour des comptes**

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2026>

Le rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes

porte sur la cohésion et l'attractivité des territoires, en réponse à un sentiment croissant d'abandon exprimé lors de crises sociales récentes (Gilets jaunes, crise agricole, tensions urbaines et ultramarines). Il analyse, à travers 14 chapitres, comment les politiques publiques répondent aux défis actuels (logement, santé, éducation, emploi, transports, sécurité) dans un contexte de changements démographiques, écologiques et budgétaires.

## Politique sociale

### Social Policy

► **Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) sont moins fréquemment pauvres que ceux touchant le RSA**

RAMAHANDRY, I. ET PALIOD, N.  
2026

**Études et résultats (Drees)(1368)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1368\\_ASS\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1368_ASS_0.pdf)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude qui dresse un portrait des ménages bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et analyse leurs ressources en les comparant avec celles des ménages bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ou comptant au moins un bénéficiaire de l'aide au retour à l'emploi (ARE).

## Prevention

### ► **Évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein. Rapport de synthèse**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2026

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

<https://www.cancer.fr/presse/depistage-des-cancers-du-sein-23-000-deces-evites-entre-2004-et-2018>

À l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes ce 8 mars, l'Institut national du cancer publie les résultats d'une étude sur l'évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein. Mis en place en 2004, ce dépistage concerne les femmes de 50 à 74 ans asymptomatiques et sans facteurs de risque autre que l'âge. Il repose sur une mammographie et un examen clinique des seins. Réalisé tous les deux ans, ce dépistage vise à détecter un éventuel cancer à un stade précoce. Dans ce cas, les traitements seront généralement moins lourds avec moins de séquelles. Un dépistage dit individuel peut aussi être réalisé sur prescription médicale. Les résultats des travaux menés dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers montrent que le dépistage en France (dépistage organisé et individuel) a permis d'éviter 23 000 décès entre 2004 et 2018. À l'horizon 2054, ce sont 95 000 décès qui pourraient être évités.

### ► **Direct and indirect effects of cancer screening invitations on participation in Europe: A quasi-experimental analysis**

GUTHMULLER, S., CARRIERI, V. ET WUBKER, A.

2025

**Bochum, Ruhr-Universität Bochum Ruhr Economic Papers 1188**

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/335896/1/1950507238.pdf>

Organized cancer screening programs (OSPs) in Europe for breast, cervical, and colorectal cancers aim to improve early detection and reduce mortality. This study measures the effects of OSPs on participation and examines cross-program spillovers, as women are often invited to multiple screenings. We construct a regional-level dataset on OSP availability, merged with individual level data from the European Health Interview Survey (EHIS) covering 122,000 women in 27

countries. We exploit cross-region and age-based variations in eligibility and employ a quasi-experimental difference-in-differences model to measure the causal effect of OSPs. OSPs substantially increase screening participation: mammography rises by 33.20 percentage points (pp)(95% CI: 24.56-41.85), fecal occult blood test (FOBT) by 19.41 pp (95% CI: 13.95-24.88), and pap test by 9.33 pp (95% CI: 5.26-13.41). Positive spillover effects occur when women are invited to two screenings (10 pp (95% CI: 4.81-15.20) for mammography, 3.35 pp (95% CI: 0.56-6.15) for pap test, 7.44 pp (95% CI: 2.34-12.55) for FOBT) but targeting three cancers does not yield additional statistically significant gains. These findings highlight the strong impact of OSPs on participation and the value of coordinated screening and communication strategies as Europe expands organized screening to new cancer sites.

### ► **Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent**

LE MER, H. ET NAOURI, D.

2026

**Études et résultats (Drees)(1367)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1367\\_D%C3%A9pistage\\_cancer\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1367_D%C3%A9pistage_cancer_0.pdf)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur les inégalités sociales de recours au dépistage du cancer. Les statistiques présentées ici sont issues de l'EDP-santé qui associe l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation du système national des données de santé (SNDS). Les trois types de cancer pour lequel le dépistage est analysé dans cette étude sont ceux faisant l'objet de programmes nationaux : le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

## Psychiatry

### ► Stress Relief? Externalities from Specialty Hospital Entry

ARNOLD, D.R., RICHARDS, M.R. ET WHALEY, C.M.  
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34772  
<https://www.nber.org/papers/w34772>

Mental illness exacts a heavy toll on the US healthcare system and strains general hospitals and their emergency departments. We study how psychiatric inpatient facility entry impacts the local hospital industry. We find that referrals, including from the legal system, are redirected to the specialized facilities--leaving general hospitals with approximately 60% fewer psychiatric admissions. General hospitals also discharge 50% more patients to psychiatric facilities and substitute away from high-skill psychiatric labor--consistent with specialization and market segmentation. Emergency department volumes do not change but care does. However, community-based crime, overdose deaths, and suicides do not decline in the short-run.

### ► 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale

BOCHER, R., KREBS, M.O. ET MALATRE-LANSAC, A.  
2026

Paris, Ministère chargé de la Santé  
<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2026-02-25-rapport-mission-intervention-precoce.pdf>

Les troubles psychiques constituent aujourd'hui la première cause de morbidité et de handicap chez les jeunes de 15 à 25 ans, période déterminante pour la construction personnelle, sociale et professionnelle. La dégradation récente de la santé mentale des jeunes en France impose une réponse structurelle et rapide. Après avoir auditionné près de 100 personnes entre novembre 2025 et janvier 2026 qui représentent les professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la psychiatrie adulte, et de la médecine générale, du médico-social, usagers et familles, associations, acteurs de prévention, élus, administration, chercheurs, les rapporteurs formulent 10 recommandations pour favoriser l'implantation à l'échelle nationale des programmes de détection et d'intervention précoce (DIP).

### ► Financial Incentives, Health Screening, and Selection into Mental Health Care: Experimental Evidence from College Students in India

BREZA, E., CARNEY, K., RAGHAVAN, V., *et al.*  
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34819  
<https://www.nber.org/papers/w34819>

In an RCT with college students in Chennai (N=340), we test how modest financial incentives and personalized feedback affect the uptake and targeting (by symptom severity) of free therapy. Despite 56% of students screening positive for at least mild depression or anxiety, only 3% in the control group took up therapy. A small cash incentive increased appointments by 9 percentage points ( $p = 0.06$ ) on average without substantially affecting targeting. Personalized feedback and recommendations based on a mental health screening tool significantly improved targeting while keeping overall take-up largely unchanged. Combining these two treatments achieved both higher take-up and improved targeting, by increasing appointments among symptomatic individuals by 21 pp ( $p < 0.01$ ) without affecting uptake by asymptomatic individuals. These findings suggest that low-cost incentives coupled with screening information can effectively increase uptake while allocating limited mental health care resources to those with greater need.

### ► Santé mentale en tension : enjeux épistémologiques, politiques et cliniques d'un espace fragmenté

BRUNN, M., CHELLE, E., BLANCHET, A., OR, Z. *et al.*  
2026

Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique [In press]  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2025.12.006>

La santé mentale s'impose comme un enjeu sociétal majeur à la croisée de préoccupations sanitaires, politiques et éthiques. Déclarée « grande cause nationale » en 2025 et 2026, elle fait l'objet d'une attention renouvelée alors que les paradigmes théoriques et les politiques publiques qui s'y rattachent se trouvent au cœur de vifs débats. Dans ce contexte a été organisée

en juin 2025 une journée d'étude interdisciplinaire intitulée « Politiques de santé mentale : concepts et perspectives pluriels », rencontre visant à faire dialoguer chercheurs, cliniciens et acteurs institutionnels autour des tensions qui structurent l'espace de la santé mentale. Le présent article est une restitution des propos tenus dans le cadre de cette journée, à partir d'une analyse inductive des échanges, fondée sur la méthode de Braun et Clarke (2006) [1]2. Le corpus constitué de l'intégralité des échanges a été codé en plus de 1700 segments ensuite regroupés en cinq axes thématiques. Le texte a enfin été retravaillé afin de faire ressortir les points de discussion les plus saillants.

► **Broadband Internet Access and Adolescent Mental Health in the U.S**

CHURCHILL, B.F. ET JOHNSON, K.R.

2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34680**

<https://www.nber.org/papers/w34614psq>

Broadband internet has become a critical component of U.S. infrastructure, but policymakers are increasingly concerned that the widespread adoption of this technology has adversely affected adolescent mental health. To test this hypothesis, we use 2009–2019 National and State Youth Risk Behavior Survey data and leverage the nationwide rollout of broadband internet. First, we show that adolescents in states with greater broadband internet access reported spending more time online. Next, we find that a one-standard-deviation increase in broadband internet access was associated with a 9.3–16.5-percent increase in adolescent suicide ideation. While we document increases in suicide ideation for both girls and boys, the results are most pronounced for adolescent girls. Exploring potential mechanisms, we show that greater broadband internet access was associated with increases in cyberbullying and body dissatisfaction among adolescent girls and a reduction in the likelihood that adolescent boys reported getting an adequate amount of sleep.

► **Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? Éclairages croisés par des analyses mixtes**

GANDRE, C., SAETTA, S., TOUITOU-BURCKARD, E., *et al.*

2026

**Questions d'économie de la santé (Irdes)(306).**

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/306-isolement-et-contention-en-psychiatrie-pourquoi-de-telles-differences-entre-etablissements.pdf>

Une première étude a montré que chaque année, un tiers des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie sont mises à l'isolement, dont plus d'un quart sont également soumises à une contention mécanique, avec de fortes variations entre établissements. Ce second volet s'appuie sur l'analyse quantitative de 204 établissements délivrant des soins psychiatriques sans consentement et sur une étude ethnographique qualitative auprès de quatre établissements historiquement caractérisés par un faible recours à l'isolement et à la contention, afin d'identifier les facteurs associés à ces variations. Les variations observées ne sont pas seulement liées aux spécificités des situations cliniques individuelles : une part significative dépend des établissements eux-mêmes, en particulier pour la contention. Pour autant, seules certaines de leurs caractéristiques montrent, à complexité de séjour comparable, un lien significatif avec le recours à l'isolement ou à la contention dans l'analyse quantitative. L'isolement est plus fréquent dans les établissements spécialisés en psychiatrie que dans les établissements pluridisciplinaires ou universitaires, tandis que la contention augmente quand les dotations en personnel infirmier sont plus faibles. Aucun lien n'a été mis en évidence avec les caractéristiques des territoires desservis par les établissements, comme la prévalence des troubles psychiques ou le niveau de défavorisation sociale. L'analyse qualitative révèle d'autres facteurs susceptibles de limiter l'usage de ces pratiques : la capacité des professionnels à se montrer accueillants et disponibles, des équipes stables et soudées, des médecins engagés et des valeurs partagées. Ces résultats suggèrent de premières pistes pour favoriser une baisse du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie française.

► **Health Care Workforce: Federal Grants Supporting Mental Health**

GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE

2026

**Washington, G.A.O.**

<https://www.gao.gov/assets/gao-26-107951.pdf>

To describe what literature reports about the prevalence and severity of mental health conditions, including substance use disorders, among health professionals in the U.S., the study conducted a literature review to identify relevant studies published in peer-reviewed

journals from January 2020 through February 2025. GAO found there is a range in the prevalence of mental health conditions experienced by health professionals that varies by profession, according to literature. Commonly studied mental health conditions among health professionals include depression, anxiety, substance use disorder, and the related topic of suicide. GAO also reviewed literature on burnout, which is a common expression of mental health among health professionals. Examples of prevalence data from GAO's literature review include the following studies conducted during the COVID-19 pandemic.

► **L'AIDE et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. : Compléments au rapport 2023 « Quand les enfants vont mal : comment les aider ? »**

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

2025

Paris, H.C.F.E.A

<https://hcfcea.gouv.fr/laide-et-le-soin-aux-enfants-et-adolescents-en-pedopsychiatrie-et-sante-mentale-complements-au-rapport-2023>

La santé mentale des enfants et des adolescents continue de se dégrader en France. Cette majoration des détresses psychiques et du mal-être des enfants et adolescents n'est pas une fatalité et les réponses à leur apporter sont multiples. Comment leur offrir une prise en charge adaptée et un meilleur accès à l'accompagnement psychothérapeutique, éducatif et social, recommandé en première intention par les autorités de santé en France comme à l'international ? Comment mieux prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants, tout en garantissant leur épanouissement et le respect de leurs droits ? Il rassemble des contributions actualisées, de nouvelles données sur la consommation de médicaments psychotropes, et rend compte des études et rapports les plus récents concernant la santé mentale et psychique des jeunes afin d'offrir ainsi une vue d'ensemble. Sur la base de ces constats, l'urgence est de changer de paradigme en inscrivant la santé mentale dans une approche préventive globale, et en portant une attention spécifique aux enfants en situation de vulnérabilité particulière : dans les Outre-mer, envers ceux qui sont en situation de grande précarité, les enfants concernés par une mesure de protection ou les enfants en situation de handicap. Ce qui ne peut

se faire sans la relance de l'attractivité des métiers de l'enfance et une pluralité d'approches, et leur coordination entre le secteur médicosocial et éducatif à l'échelle du bassin de vie de l'enfant.

► **Supply Constraints and Negative Selection: Evidence from Mental Healthcare Markets**

KRONENBERG, C. ET MIELE, K.R.

2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6152974](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6152974)

Despite universal healthcare coverage and clinical guidelines recommending psychotherapy after psychiatric hospitalization, only 26% of German patients receive it, and paradoxically, the sickest patients are least likely to get treatment. Using administrative claims data, we investigate whether increasing psychotherapy supply addresses this misallocation. For identification, we exploit quasi-random variation from Germany's therapist license allocation system. A one standard deviation higher supply raises therapy uptake by 10%, modestly reduces waiting times, and lowers patient search frictions, but does not alter the composition of therapy recipients. These findings challenge the assumption that healthcare capacity constraints affect all patients equally.

► **Caractéristiques des enfants de 6 à 11 ans victimes probables de harcèlement et présentant des comportements agressifs : Résultats de l'étude Enabee 2022 en France hexagonale : Résultats de l'étude Enabee 2022 en France hexagonale**

SENTENAC, M., MOTREFF, Y., DECIO, V., *et al.*

2026

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

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-Études/caracteristiques-des-enfants-de-6-a-11-ans-victimes-probables-de-harcèlement-et-presentant-des-comportements-agressifs-resultats-de-l-Étude-enabee>

Selon les parents et les enseignants, 16,4 % [15,4 ; 17,4] des enfants de niveau élémentaire étaient victimes probables de harcèlement (victimation), 17,9 % [16,8 ; 19,1] présentaient de l'agressivité, et 6,1 % [5,5 ;



6,8] cumulaient à la fois victimation et agressivité ; Les enfants victimes probables de harcèlement et ceux présentant un comportement agressif avaient plus fréquemment au moins un trouble probable de santé mentale dans le domaine émotionnel, oppositionnel ou inattention/hyperactivité ; parmi ceux qui cumulaient victimation et agressivité, 40,9 % [36,1 ; 45,8] présentaient au moins un de ces troubles ; Des facteurs de vulnérabilité aux situations de victimation et aux comportements agressifs sont identifiés parmi les caractéristiques individuelles (troubles des apprentissages, besoins éducatifs particuliers, prématurité, corpulence et compétences prosociales) et familiales (niveau d'étude, perception des finances du ménage, dépression ou anxiété du parent, soutien social perçu) ; les différences observées selon les caractéristiques de l'environnement scolaire (secteur de l'école ; niveau de désavantage social de la commune) s'expliquent par ces facteurs individuels et familiaux.

► **Personnes suivies pour maladies psychiatriques en Occitanie. : Un cumul de vulnérabilités, un effet multiplicateur du non-recours aux soins primaires ?**

RUIZ, I.

2026

Toulouse, C.R.E.A.I.-O.R.S. d'Occitanie

[https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2026/02/Synthese\\_MalPsy\\_et\\_Defavorisation\\_VF19012026.pdf](https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2026/02/Synthese_MalPsy_et_Defavorisation_VF19012026.pdf)

Les personnes suivies pour maladies psychiatriques en Occitanie présentent des vulnérabilités cumulées, notamment handicap et précarité financière. Ce cumul multiplie le non-recours aux soins primaires, en particulier pour la prévention et les soins courants. Ces résultats soulignent la nécessité de stratégies ciblées pour améliorer l'accès aux soins dans ces populations fragilisées

## Sociologie de la santé

### Sociology of Health

► **Service public ou barbarie**

BONTEMPS, A.

2026

Paris, Editions La Découverte

Quelle est cette nouvelle barbarie qui se déchaîne dans le monde ? Partout, les gouvernements autoritaires taillent dans le service public et sapent la démocratie. En France, leur affaiblissement nourrit la défiance et fracture la société. Prisonnière du mythe de l'« âge d'or », l'idée de service public semble épuisée. On aurait tout dit, tout essayé. Et si c'était l'inverse ? Et si le service public constituait une réponse majeure aux crises écologique, démocratique et sociale de notre siècle ? Depuis l'intérieur de l'État, Arnaud Bontemps analyse la dérive austéritaire et bureaucratique en cours. Il montre que le service public incarne un véritable projet de société : prendre collectivement en main nos besoins essentiels, pour les soustraire à la logique du marché et en garantir l'accès à chacune et à chacun. Croisant luttes collectives, sciences sociales et expérience des institutions, ce livre-manifeste appelle à un triple renversement : sortir de l'obéissance, répondre aux besoins, rendre le pouvoir aux citoyens (4è de couv)

► **La société des organisations**

BORRAZ, O.

2022

Paris, Presses de Sciences Po

Aujourd'hui, chaque activité, chaque mission est confiée à une nouvelle organisation, qui a ses codes, ses hiérarchies, ses procédures : loin de rendre le monde plus fluide, horizontal et flexible, cette prolifération organisationnelle le complexifie toujours plus. Cet ouvrage tente d'expliquer les causes et les conséquences de ce phénomène. Lire la suite. Aujourd'hui, chaque activité, chaque mission est confiée à une nouvelle organisation, qui a ses codes, ses hiérarchies, ses procédures : loin de rendre le monde plus fluide, horizontal et flexible, cette prolifération organisationnelle le complexifie toujours plus. Cas à l'appui, sociologues, politistes et historiens réunis dans cet ouvrage tentent d'expliquer les causes et les conséquences de ce phénomène. Ils montrent ses liens avec la mondialisation, la révolution digitale, la multiplication des instruments de mesure et l'omniprésence du droit et, surtout, ils évaluent ses effets sur les inégalités, l'érosion démocratique et le réchauffement climatique. Ce faisant, ils

renouvellent le regard sur des sujets classiques tels que la décision, le changement, la culture, le pouvoir (4<sup>e</sup> de couv.).

► **Sociologie du travail et des professions**

PICHONNAZ, D. ET TOFFEL, K.

2026

Paris, Malakoff, Armand Colin

Que fait le travail aux individus et quelles sont les variations de pratiques au sein d'un même métier ? En quoi certaines professions sont-elles perçues comme plus légitimes que d'autres ? Comment comprendre les trajectoires différenciées des individus au sein d'un espace professionnel ? Et que peut encore la sociologie pour penser la complexité des liens entre travail et hors-travail ? Par une approche inédite de la sociologie du travail et des professions adossée à la théorie sociale de Pierre Bourdieu, cet ouvrage ouvre des perspectives nouvelles. En réinscrivant les espaces professionnels au sein du macrocosme social, il permet de mieux comprendre les dynamiques de division, de consécration et de transformation qui les traversent. En s'appuyant sur des enquêtes menées dans des univers de travail divers – journalisme, santé, social, police, sport, hôtellerie, indépendantes, armée – ce manuel interroge les hiérarchies internes, les luttes de définition, les effets de socialisation et les stratégies individuelles au sein des espaces professionnels. Les concepts de champ, de capital, d'habitus, d'illusio ou d'ethos sont mis à contribution à partir d'études de

terrain pour saisir l'épaisseur des pratiques au travail et permettre d'appréhender l'homogénéité et l'hétérogénéité des espaces professionnels, leurs logiques propres et les rapports sociaux qui les structurent (extrait de la 4<sup>ème</sup> de couv.).

► **Légitime défiance**

SPIRE, A.

2026

Paris, P.U.F.

Incivilités aux guichets, agressions contre des agents publics, violences dans les hôpitaux... La défiance envers les institutions étatiques connaît en France un niveau rarement atteint ailleurs en Europe. Prenant le contre-pied des discours alarmistes sur la montée du populisme, ce livre montre que ce ressentiment résulte d'une transformation de l'État. D'un côté, les classes supérieures parviennent de mieux en mieux à se servir de ses institutions ou à s'en passer en se tournant vers le privé. De l'autre, les groupes défavorisés continuent à être attachés aux services publics, mais accumulent à leur contact déceptions et désillusions. C'est désormais la croyance dans la capacité de l'État protéger sa population qui vacille, tandis que progresse la tentation de le réduire à ses fonctions sécuritaires. À partir d'enquêtes, cet ouvrage explore l'évolution des rapports à l'État, à travers des institutions comme la justice, le fisc et la police, mais aussi à d'autres services publics comme l'école et l'hôpital.

## Soins de santé primaire

### Primary Healthcare

► **Well-informed choices? Effects of information interventions in primary care on care quality**

ANELL, A., DIETRICHSON, J., ELLEGARD, L.M., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6173533](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6173533)

Market frictions, such as imperfect information or hassle costs, may reduce the efficiency of consumer

choice in healthcare settings. We use data from two randomised policy interventions in a Swedish region, which improved the access to information about primary care providers and reduced the switching costs of one percent of the adult population and of a sample of new residents. We examine the intervention effects on a large number of clinical process quality measures, access to care, and adverse health events, measured at the individual level. We find no significant effect of the interventions on any of the outcomes.

► **Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?**

ATGER, P.M. ET HAUTCHAMP, M.  
2025

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/comment-resoudre-les-tensions-de-recrutement-dans-le-champ-social-et-en-accroitre-lattractivite>

Dans son rapport, l'Inspection générale des affaires sociales analyse les difficultés de recrutement et l'attractivité des métiers du sanitaire (hors professions médicales), du social et du médico-social. Elle dresse un constat sans appel : le manque croissant de viviers nécessite d'augmenter significativement les capacités de formation et d'installer un véritable pilotage national des ressources humaines, en lien étroit avec les acteurs locaux.

► **Une coordination territoriale des soins : Actes du séminaire de la Chaire santé 2024**

BOISSON, M., HASSENTEUFEL, P. ET BENAMOZIG, D.  
2025

Paris, Presses de Sciences Po

<https://sciencespo.hal.science/hal-05533242v1>

La Chaire Santé de Sciences Po a organisé en 2024 un séminaire consacré à la coordination et à la territorialisation des soins. Ces actes en constituent la synthèse : ils restituent les travaux présentés et les discussions auxquelles ce séminaire a donné lieu. Les contributions réunies interrogent les recompositions en cours du système de santé, dans ses efforts pour coordonner les soins, les parcours et les secteurs d'intervention. Elles abordent notamment le travail des infirmières libérales, des Centres de Lutte contre le Cancer et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, ainsi que le rôle des élus, des collectivités territoriales et des administrations sanitaires (ARS, CPAM) dans ces dynamiques. Ce basculement territorial, qui promeut des innovations locales pour améliorer l'accès aux soins, est traversé de profondes tensions. D'un côté, il vise à renforcer la coordination des soins et des secteurs d'intervention, ainsi que le maillage des services de santé à l'échelle des territoires. De l'autre, il procède d'une planification nationale du déploiement de cette coordination, dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et de maîtrise des dépenses de santé. Le livret examine les effets de ce paradoxe

sur les pratiques professionnelles et sur les relations qui se nouent entre acteurs locaux, élus et institutions sanitaires. Il revient sur un basculement qui tend à faire de la santé un objet d'intervention à la fois territorial et national, au cœur des transformations de l'État social contemporain.

► **Caractéristiques des élèves et étudiants en formation aux professions sociales en 2022**

BOUHOUTE, M.  
2026

Dossiers de la Drees (Drees)(136)

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/DD136\\_Etudiants\\_professions\\_sociales\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/DD136_Etudiants_professions_sociales_0.pdf)

La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie un dossier sur les caractéristiques des élèves et des étudiants inscrits en formation aux professions sociales en 2022. Les données sont issues de l'enquête quinquennale sur les élèves et les étudiants en formation aux professions sanitaires et sociales. Ce dossier permet de mieux appréhender les caractéristiques et le parcours scolaire des élèves et étudiants selon le diplôme préparé, et de connaître leurs motivations vis-à-vis de leurs études.

► **International Comparison of Physician Incomes**

BUEHLER, A., GOTTLIEB, J.D., HICKS, J., *et al.*  
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34956

<https://www.nber.org/papers/w34956>

We compare physician incomes using tax data from the United States, Canada, Sweden, and the Netherlands. Physicians are concentrated in the top percentiles of the income distribution in all four countries, especially in the United States and certain specialties. Physician incomes are highest in the United States, and a decomposition shows that this mainly reflects differences in overall income distributions, rather than physicians' locations in those distributions. This suggests that broader labor market differences, and thus physicians' outside options, drive absolute incomes. Shifting US physicians' incomes to match relative positions in other countries' distributions would only marginally reduce healthcare spending.

► **The Effect of Scope of Practice and Medicaid Reimbursement on the Labor Outcomes of Primary-Care Providers**

DINH, K.

2025

**Rochester, S.S.R.N.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=5610815](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5610815)

The United States has long faced a shortage of primary care physicians, and efforts to resolve it are often slowed by legislative and bureaucratic barriers. Nurse practitioners (NPs), whose training equips them to serve as primary care providers, could help close this gap. Yet in many states, NPs must still work under physician oversight. Without full autonomy, simply expanding the number of NPs remains tethered to physician shortages. Employers may also continue to prefer physicians, as insurance companies reimburse their services at higher rates than those of NPs. Loosening scope-of-practice restrictions and ensuring reimbursement parity could expand both the supply and demand for NPs, thereby easing stress on the healthcare system. This paper investigates how granting NPs full practice authority and increasing Medicaid reimbursement for NP services relative to physicians affects labor outcomes for NPs, physicians, and physician assistants (PAs) using a staggered difference-in-differences design. Results show that dual-adopter states experience more active NP licenses, though the number of certified NPs remains unchanged, while physician numbers continue to rise. Physicians emerge as the largest “winners,” with significant wage gains and little change in hours worked. NPs also see notable wage growth, whereas PAs face wage declines despite logging the largest average increase in hours. These findings suggest the perceived turf war between NPs and physicians is overstated: eliminating administrative requirements for physician oversight produces gains for both groups, while highlighting the distinct, and sometimes diverging, pressures faced by PAs.

► **Evolution of self-employed physician production: Cohort, career-course, and feminization effects**

DRAPALA, S., CASSOU, M. ET FRANC, C.

2026

**Social science & medicine 398 : 119155**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.119155>

This article examines cohort, career-course, and feminization effects on general practitioners' (GPs) medical production. Using quasi-exhaustive French medico-administrative data collected every three years between 2005 and 2021, we estimate gender-specific intra- and intercohort trends in a standardized index of medical visits, while accounting for various contextual changes, such as patient aging and declining medical density. Our findings reveal that successive birth cohorts of GPs have exhibited increasingly higher levels of medical production, particularly among females, thereby narrowing the gender gap, although it persists even among the most recent cohorts. While feminization remains one of the key demographic shifts affecting current medical production, we show that the gender gap has significantly declined, albeit at an irregular pace, across cohorts of GPs who started their careers between the 1970s and the 2020s. Furthermore, as expected, intracohort trends in GP medical production follow an inverted U-shaped curve, although the production decline at the end of the career is less pronounced among female GPs. Overall, our results challenge common beliefs about younger generations of physicians and suggest that the current shortage of medical services is not related to a decline in the individual production among recently established young GPs, but remains essentially an issue of anticipating workforce needs.

► **Left by a trusted physician and colleague: Impacts of primary care physician exits in a group practice system**

ELLEGARD, L.M., KJELLSSON, G. ET MONSEES, D.

2025

**Bochum, Ruhr-Universität Bochum Ruhr Economic Papers 1192**

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/337452/1/1961773597.pdf>

Disruptions of the patient-general practitioner (GP) relationship due to GP exits affect patient outcomes in various ways. The literature suggests that the loss of a trusted professional can have negative effects, but also points at the benefits of being examined by a new GP. We study the impact of GP exits in the Swedish primary care setting, in which care is provided in group practices and even those patients who have a main GP usually see different GPs. Since the practice is responsible for organizing a replacement GP after an exit, we expect the transition between GPs to be relatively smooth for patients. Using two different control groups

we are able to separate the effects of being affected by the loss of ones main GP from the reduction of a practices' workforce. Our results show that GP exits have a negligible effect on patients health care utilization in the Swedish setting. We do observe some shifts in health care utilization patterns, however, this is not driven by the loss of the main GP but rather practice level disruptions. These findings suggest that in organizational settings such as in Sweden - where continuity of care is maintained at practice rather than GP level - patient outcomes are less dependent on individual GPs. Importantly, this conclusion holds even for patients with high baseline continuity of care.

► **Physician Competition:  
Entry and Substitution**

GOTTLIEB, J.D. ET NICHOLSON, S.

2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34955**

<https://www.nber.org/papers/w34955>

We describe competition in the physician market, focusing on how entry barriers and substitution possibilities have changed in recent decades. Regulatory caps on medical school seats and residency slots—especially for high-paying specialties—continue to ration entry, generate high returns for those who gain these slots, and direct the most academically accomplished trainees toward lucrative fields. But trained physicians increasingly compete with nurse practitioners, physician assistants, and other mid-level practitioners in the market for patients. Training of these substitutes has expanded far more rapidly than physician supply. We present key facts about the physician pipeline, a conceptual framework linking specialty earnings to entry barriers, and describe the rise of mid-level providers. These facts mean that effective competition policy in physician markets must look beyond conventional concentration measures and focus on the institutions and laws that govern who can provide medical care.

► **Evaluation des centres de soins non  
programmés : mieux structurer l'offre**

MORIN, A. ET CORLAY, D.

2026

**Paris, I.G.A.S. (Rapport Igas 2014-118R2)**

<https://igas.gouv.fr/evaluation-des-centres-de-soins-non-programmes-mieux-structurer-loffre>

Face à l'essor rapide des centres de soins non program-

més, l'Inspection générale des affaires sociales analyse leur développement, leurs conséquences sur l'organisation des soins de premier recours et leur articulation avec les services d'urgence. La mission propose plusieurs pistes d'encadrement pour structurer cette offre émergente et préserver la cohérence territoriale du système de santé.

► **Flexible Learning Pathways into  
Healthcare Occupations**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE  
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

**Paris, O.C.D.E.**

[https://www.oecd.org/en/publications/flexible-learning-pathways-into-healthcare-occupations\\_a114f653-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/flexible-learning-pathways-into-healthcare-occupations_a114f653-en.html)

Persistent skill shortages in healthcare are leaving many care needs unmet. This report examines how flexible training and well-defined career pathways can help adults transition into entry-level healthcare roles. Produced jointly by the OECD and the ILO, it examines practices from high, middle and low-income countries and highlights innovative approaches such as modular learning, online education, recognition of prior learning and strong partnerships between training providers and healthcare employers. The report shows that despite the fact that many occupations in the health and care sector are regulated, there is a significant opportunity to take advantage of flexibility in adult learning opportunities and facilitate the entry of a broader range of candidates to the health and care sector. By making adult learning more accessible and responsive, countries can better meet growing healthcare demands, improve care quality and create decent employment opportunities.

► **Strengthening health systems through  
nursing: Thematic overview**

RAFFERTY, A.M., ZANDER-JENTSCH, B., SERMEUS,  
W., *et al.*

2025

**Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe  
(Health Policy Series 62)**

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-systems-through-nursing-thematic-overview>

Strengthening health systems through nursing provides a comprehensive examination of the nursing profes-

sion's contribution to health system performance across Europe. With over 7.2 million nurses and midwives in the WHO European Region, the profession is the largest safety critical vehicle for health service delivery — yet it faces increasing strain. Drawing on robust evidence, including systematic literature reviews, this volume explores workforce planning, education, migration, regulation and the enduring effects of the COVID-19 pandemic. The study highlights nursing's impact on access, quality and value of care, and offers insight into the policy frameworks needed to sustain and strengthen the profession. From staffing and training gaps to new models of care, this book lays out clear, evidence-informed strategies for investing in Europe's largest health workforce — an urgent priority for resilient, people-centred health systems. It will be an essential resource for policy-makers, educators, researchers and health system leaders.

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

SIMS SPEYER, J.M., NE'EMAN, A., COE, N.B., *et al.*  
2026

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

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

Nearly eight million Americans use Medicaid home and community-based services (HCBS) to support long-term services and supports for people with disabilities. Recent legislative changes to Medicaid will require states to make difficult choices about how best to meet these long-term services and supports needs. This paper first characterizes the unique goals of HCBS, which differ from those of traditional medical care services, and the state-federal financing and administrative structure of HCBS. Next, based on a review of the literature and input from a panel of experts in HCBS policy and research, we summarize existing evidence and knowledge gaps regarding the quality and cost implications of HCBS at the federal, state, and direct service provision levels. Based on gaps in the evidence, we propose a research agenda related to state-federal incentives, state program choices regarding HCBS financing and delivery models, and the settings and supports for direct service provision. Finally, we describe existing and novel data sources and other opportunities that could accelerate research to fill these evidence gaps and support states and others in designing, implementing, and delivering sustainable, high-quality HCBS.

## Systèmes de santé

### Health Systems

► **Best practice in the regulation and financing of tertiary care based on case studies from five OECD Countries : Lessons for Slovenia**

LORENZONI, L.  
2026

**Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 191**

[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/01/best-practice-in-the-regulation-and-financing-of-tertiary-care-based-on-case-studies-from-five-oecd-countries\\_cd9dcf11/8e7ae7ab-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/01/best-practice-in-the-regulation-and-financing-of-tertiary-care-based-on-case-studies-from-five-oecd-countries_cd9dcf11/8e7ae7ab-en.pdf)

The governance of tertiary care presents unique complexities that distinguish them from other healthcare levels. This complexity is particularly pronounced when tertiary care providers are integrated with academic functions, creating what is often referred to as the

«triple mission»: service delivery, medical education, and research. One of the fundamental challenges in tertiary care governance is the difficulty in defining tertiary care services in ways that can be tied to stable payment mechanisms. Unlike primary care visits or standard surgical procedures, tertiary care often involves complex, multi-faceted interventions that may span multiple specialties and require varying levels of resource intensity. This definitional challenge is compounded by the rapid pace of technological developments, making it difficult for payment mechanisms to keep pace with innovation. This paper reviews key features of the governance of tertiary care in five OECD countries – Austria, Czechia, France, Germany and the Netherlands – to promote policy discussions about best practice in the regulation and financing of tertiary care across OECD, with a focus on Slovenia.

## Occupational Health

► **Entre hôpital et libéral : trajectoires professionnelles et santé face aux facteurs de risques psychosociaux des infirmières**

AUGE, E., MOUSQUÈS, J. ET GOUSSET, C.  
2026

**Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 602)**

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/602-entre-hopital-et-liberal-trajectoires-professionnelles-et-sante-face-aux-facteurs-de-risques-psychosociaux-des-infirmieres.pdf>

Dans un contexte de pénurie des professionnels de santé hospitaliers, la rétention de ces derniers devient un enjeu stratégique majeur pour les systèmes de soins. Ce rapport analyse la façon dont la transition des infirmières du salariat hospitalier vers l'exercice libéral contribue à réduire leur exposition aux facteurs de risques psychosociaux et à améliorer leur santé. Il s'appuie sur deux volets complémentaires : (i) l'étude des facteurs de risques psychosociaux de l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers ; et (ii) l'analyse de l'évolution de l'état de santé après l'installation dans le libéral des infirmières. Le premier volet met en évidence un impact des facteurs de risques psychosociaux sur la santé mentale, et plus particulièrement sur les troubles anxieux et dépressifs chez les infirmières et les sages-femmes. Certaines ressources professionnelles – soutien social, reconnaissance et autonomie – atténuent les effets délétères des exigences professionnelles. Le second volet montre que les infirmières qui quittent l'hôpital présentent initialement un état de santé dégradé et une diminution du recours aux soins hospitaliers est observée après leur installation en libéral. Ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle une autonomie suffisante dans l'organisation du travail peut produire des bénéfices sur la santé. Dans un contexte de pénurie durable, cela suggère que les réponses fondées uniquement sur les revalorisations salariales sont insuffisantes. Une politique de rétention durable exige une transformation des environnements de travail : marges de manœuvre, soutien organisationnel et reconnaissance effective du travail infirmier.

► **Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels**

BAILLE, N., BARTOLI, S. ET OLIER, L.  
2025

**Paris, I.G.A.S. (Rapport Igas 2024-095R)**

<https://igas.gouv.fr/attractivite-des-metiers-de-lautonomie-pour-une-nouvelle-strategie-de-reduction-des-risques-professionnels>

Dernier volet des trois missions sur l'attractivité des métiers du médico-social, le rapport de l'Igas examine la qualité de vie et les conditions de travail (QVTC) dans le champ de l'autonomie, qui regroupe le grand âge et le handicap. Il s'agit de l'un des secteurs les plus exposés aux accidents du travail en France. Les professionnels du secteur y sont exposés à des risques quotidiens, principalement les manutentions manuelles et les agressions. On constate ainsi un nombre d'accidents du travail 2,5 fois supérieur à la moyenne nationale et 1,7 fois supérieur au secteur du BTP. Les accidents les plus graves se concentrent notamment dans les services à domicile, de soins et d'aide, les Ehpad et accueils de jour, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers et les établissements d'accueil médicalisés. Cette sinistralité représente un coût estimé à 20 000 équivalents temps plein en 2023, soit près de 0,9 Md€. Elle se traduit également par des départs prématurés pour inaptitude, contribuant à un turn-over du personnel.

► **Cash Transfers and Productive Inclusion: Evidence from Bolsa Familia**

BEST, M.C., LOBEL, F. ET PINHO NETO, V.  
2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35006**

<https://www.nber.org/papers/w35006>

We study how cash transfers affect work and health. Exploiting an increase in the generosity of the world's largest cash-transfer program for the extremely poor, we show that the reform raised employment by 5 percent while sharply improving health: hospitalization fell 8 percent and mortality 14 percent, saving roughly 1,000 lives. These findings challenge the view that transfers reduce work. Instead, transfers can relax binding subsistence and health constraints, raise pro-

ductivity, and expand labor supply. We formalize this mechanism in a model of productive inclusion and use it to evaluate welfare, yielding lessons for antipoverty policy design in low-income settings.

► **Fundamentally reforming the DI system: Evidence from Germany**

CAO, Y., FISCHER-WECKEMANN, B., GEYER, J., *et al.*  
2025

**Leipzig, Z.B.W. ZEW Discussion Papers 26-006**

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/337485/1/1963112458.pdf>

In 2001, Germany abolished public occupational disability insurance (ODI)-the second tier of its public DI system-for cohorts born after 1960. Using administrative data, we first document that, in the long run, overall DI inflows declined by roughly one-third. Second, using representative survey data, we document at best modest ODI insurance take-up responses in the private individual, risk-rated market, which lacks guaranteed issue. Third, an equilibrium model incorporating interactions between the public safety net, the first-tier public DI, and the private market reveals that coverage denials and weak insurance demand, driven by complementary social insurance, can explain the modest private ODI take-up response. Coverage gradients by income and health are thus substantial. Finally, counterfactual simulations highlight the limited scope of incremental reforms.

► **L'Essentiel 2024 : Santé et sécurité au travail**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE  
2026

**Paris, Cnam**

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/Études-et-donnees/2024-essentiel-sante-securite-au-travail>

Cette édition 2024 de la collection L'Essentiel - Santé et sécurité au travail présente les chiffres clés des accidents du travail et maladies professionnelles. L'année 2024 inaugure la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) AT/MP 2023-2028 signée en juillet par l'Etat, la Cnam et les partenaires sociaux. Les indicateurs de sinistralité confirment les tendances observées depuis 2022 : relative baisse des accidents du travail (- 1,1 %) ; stabilité des accidents de trajet (+ 0,7 %) ; hausse des maladies professionnelles (+ 6,7 %), portée par les troubles musculosquelettiques, les patholo-

gies liées à l'amiante et les affections psychiques. Les indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail AT/MP atteignent 4,9 Md€ et deviennent, pour la première fois, le premier poste de dépenses de la branche.

► **L'innovation en santé au travail**

CHERUBINI, C., LALOUE, F. ET MAGNE, P.  
2025

**Paris, I.G.A.S. (Rapport Igas 2025-047R)**

[https://www.vie-publique.fr/rapport/302478-igas-l-innovation-en-sante-au-travail?egn-publisher=dila\\_vp&egn-name=informateur\\_rss\\_rapports](https://www.vie-publique.fr/rapport/302478-igas-l-innovation-en-sante-au-travail?egn-publisher=dila_vp&egn-name=informateur_rss_rapports)

L'innovation est un déterminant essentiel de la qualité de tout système de santé. L'Igas s'est attachée à étudier particulièrement la situation des services de prévention et de santé au travail (SPST) au regard de l'objectif d'innovation. Si ces services se modernisent rapidement sous l'effet de la réforme de 2021, des freins institutionnels et pratiques demeurent. La mission préconise d'apporter certaines modifications aux conditions de régulation du secteur, et de dynamiser l'innovation en s'appuyant sur l'expérience du monde de la santé publique.

► **Prévention des risques psychosociaux au travail : Panorama des législations, outils et mesures de prévention en Europe et à l'international**

EUROGIP  
2026

**Paris, Eurogip**

<https://eurogip.fr/nouvelle-Étude-eurogip-dresse-un-etat-des-lieux-de-la-prevention-des-rps-en-europe-et-a-linternational/>

Depuis la pandémie de 2020, la santé mentale s'impose comme un enjeu mondial, y compris dans le milieu professionnel. De nombreux pays multiplient les réglementations et initiatives afin de mieux gérer les risques psychosociaux au travail (RPS) qui impactent la vie des travailleurs, l'organisation des entreprises et la société au sens large. Stress, burnout, violence, harcèlement, isolement, conflits au travail... Comment les prévenir ? Cette étude permet ainsi aux préventeurs, assureurs et décideurs de mieux appréhender les différents facteurs de risques psychosociaux, comprendre la législation applicable en la matière et découvrir de nouvelles pratiques mises en œuvre dans d'autres pays du monde.

► **Statistiques des accidents du travail en Europe – limites de comparabilité : Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie, Luxembourg**

EUROGIP

2026

Paris, Eurogip

<https://eurogip.fr/Études-enquetes/statistiques-des-accidents-du-travail-en-europe-limites-de-comparabilite/>

Pour se situer en termes de sinistralité, il est devenu courant de comparer les statistiques entre pays européens. Toutefois, une lecture éclairée suppose de connaître ce que chaque pays inclut dans celles-ci : quelles populations de travailleurs sont couvertes ? Quels événements sont comptabilisés ? Selon quelles règles sont-ils déclarés ou reconnus ? Quelles données sont publiées ? Dans cette nouvelle étude, EUROGIP explore les statistiques d'accidents du travail de six pays (Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie et Luxembourg) identifiés comme relativement comparables au sein de l'Union européenne. La qualité des données et la disponibilité d'éléments méthodologiques permettent une analyse approfondie de ces statistiques.

► **The effects of workers' compensation experience rating on workers' absences and employment**

LENGAGNE, P.

2026

Journal of public economics 257 : 105632

<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2026.105632>

This paper examines the effects of experience rating

of workers' compensation (WC) insurance on workers' absences and employment. I exploit a French reform that increased the degree of experience rating assigned to medium-size firms, thereby strengthening their incentives to reduce WC benefit expenditures of their employees. The findings show that a higher degree of experience rating led to a significant reduction in absences due to work-related injuries or illnesses; the estimates imply an elasticity of a worker's annual number of work-related absence days with respect to the share of WC benefit expenditures borne by the firm of  $-1.20$ , with an extensive margin elasticity of  $-0.43$ . This reduction is not offset by an increase in nonwork-related absences, suggesting that this effect does not reflect a substitution toward filing claims under the nonwork-related insurance scheme. I find no evidence of adverse effects on employment. Instead, the results suggest that increasing the degree of experience rating significantly improved the employment of workers

► **L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2024**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

2025

Paris, Ministère chargé du Travail

<https://travail-emploi.gouv.fr/lactivite-des-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-en-2024>

Ce document présente une synthèse de l'activité, des ressources et des perspectives des services de prévention et de santé au travail en France pour l'année 2024. Les services de prévention et de santé au travail en 2024 montrent une stabilité et une progression dans plusieurs indicateurs clés.

## Vieillessement

### Aging

► **Value for Money in Palliative and End-of-Life Care: A Narrative Review**

ANAYA-MONTES, M.

2026

Rochester, S.S.R.N.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6269682](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6269682)

Background: Economic evaluations of end-of-life and palliative care are dominated by cost-utility analysis using Quality-Adjusted Life Years (QALYs). However, growing empirical evidence suggests that QALY-based approaches, anchored in general-population

health-state valuations and fixed cost-effectiveness thresholds, may misrepresent societal preferences and patient priorities at the end of life. In response, alternative valuation frameworks-including capability-based measures and discrete choice experiments (DCEs)-have been increasingly applied, yet their implications for policy remain fragmented. Aim: This narrative review synthesises conceptual and empirical insights on how value is measured in end-of life and palliative care, with particular attention to outcome valuation, willingness to pay, and the methodological treatment of death, and to assess the implications for economic evaluation and health policy. Methods: Guided by prior reviews, we conducted a rapid narrative review of economic evaluations employing both QALYs and the ICECAP-Supportive Care Measure (ICECAP-SCM), alongside DCEs in end-of-life care. Searches were undertaken in MEDLINE, EMBASE, and PubMed. Owing to heterogeneity in study designs, populations, and valuation methods, findings were synthesised narratively using a conceptual framework grounded in welfare economics. Results: Evidence consistently shows that health-state valuations are highly sensitive to end-of-life context and to methodological choices regarding the anchoring of death, with substantially more states judged worse than dead when limited life expectancy is made explicit. Standard QALY frameworks fail to capture key domains valued at the end of life, including dignity, emotional support, family relationships, and spiritual wellbeing. Willingness-to-pay estimates derived from DCEs indicate that societal valuation of end-of-life gains exceeds conventional cost-effectiveness thresholds, albeit with diminishing marginal returns. Capability-based measures and bespoke DCEs offer greater flexibility in capturing these values, while highlighting substantial heterogeneity in preferences. Conclusion: Conventional QALY-based economic evaluation is poorly aligned with preferences in end-of-life and palliative care. Policy-relevant evaluation in this context requires broader outcome frameworks, context sensitive valuation, and flexible thresholds that reflect societal willingness to pay. Discrete choice experiments, alongside capability-based measures, provide a robust methodological foundation for advancing economic evaluation and informing policy at the end of life.

► **Niveau de vie des retraités : le taux de pauvreté baisse significativement lors du départ à la retraite**

AUBERT, P.

2026

**Études et résultats (Drees)(1369)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/Études-et-resultats/260326-niveau-de-vie-des-retraites>

La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) présente, pour la première fois, une analyse de la variation du niveau de vie au moment du départ à la retraite. Elle mobilise une source statistique inédite issue du croisement de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) avec l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee.

► **Improving healthcare utilization in retired Self-Employed Workers: Evidence from an experiment in France**

AUGE, E. ET SIRVEN, N.

2026

**Health Economics: 1-15.**

<https://doi.org/10.1002/hec.70101>

This study examines the impact of a program designed to address the non-take-up of social benefits on healthcare utilization among targeted at-risk formerly self-employed workers in France. We test two main hypotheses: first, that sending a self-assessment questionnaire to the treated group can increase healthcare use; second, that personalized assistance from a social worker can enhance this effect. Utilizing a quasi-experimental framework (2014–2016) and synthetic difference-in-differences models to address selective entry into the various treatments, our results reveal that proactive information outreach alone increased healthcare utilization by 0.6%, while the combined approach with personalized assistance amplified this effect to 2%. In all configurations, access to services and healthcare consumption improved, while care pathways shifted, potentially toward preventive and early-stage treatments. Our findings support the use of multiple uptake strategies, such as targeting, proactive outreach, and tailored integrated benefit packages, in overcoming barriers to healthcare.

► **Do Delayed Nursing Home Admissions Increase Hospitalisations and Costs?**

BARA, M., BAKX, P., RICE, N., *et al.*  
2026

**Rochester, S.S.R.N.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6293289](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6293289)

We study the effects of delayed nursing home admissions on urgent hospitalisations and costs in the Netherlands. We exploit plausibly exogenous variation in within-region congestion for nursing home admissions. A one-month delay increases urgent hospitalisation by 2.6 percentage points (15% of the baseline), mostly due to falls and primarily driven by individuals with dementia living alone. Cost savings in nursing home care due to delays are partly offset by increased costs in home care and hospitals. These findings suggest that timely access and improved allocation of scarce nursing home capacity can yield health benefits and reduce costs in other parts of the healthcare sector.

► **Long term care in Italy: coping with frailty and dependence**

BELLIA, A., BELLINI, V., BRUGIAVINI, A., *et al.*  
2026

**Venice, University Ca' Foscari of Venice Ca' Foscari University of Venice. Department of Economics Research Paper 03/2026**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=6247400](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6247400)

By employing micro-data from the SHARE survey and the ISTAT Multipurpose survey, we assess the unmet demand for long term care of older Italians and identify the groups of individuals that are at higher risk of lack of protection. We measure frailty/dependence based on an adaptation of the Katz index, which makes use of the number of limitations in the activities of daily living ADL. We propose different models to identify the determinants of the probability of experiencing frailty in later life and introduce a novel concept of «pre-frailty». Our results indicate that lower levels of education, being a woman and residing in Southern Italy are associated with increased likelihood of being pre-frail/frail. Living alone significantly affects dependence as measured by frailty or pre-frailty at older ages. The potential demand for long term care services is compared with the existing coverages, both public and private: a marked and widespread lack of protection emerges for people who are mostly in need, with very

high potential costs for individuals, households and society at large.

► **Delayed Retirement: Effects on Health and Healthcare Utilization**

BORGBIER, A.K., SIGAARD, H.S., SVARER, M., *et al.*  
2026

**Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18390**

<https://docs.iza.org/dp18390.pdf>

This paper estimates the effect of a reform-induced increase in the early retirement age (ERA) on labor supply, health, and healthcare utilization using detailed Danish administrative data and a regression discontinuity design. We show that while raising the ERA successfully increased employment, it also led to spillovers into other public transfers and increased the number of self-supporting individuals. We find that the increased ERA led to small and insignificant effects on GP visits and the use of painkillers, as well as borderline significant, small positive effects on the use of antidepressants and CVD medicine. Further analysis shows that individuals who were employed due to the reform had lower pre-reform income and wealth, while the individuals who were not employed despite being affected by the reform were characterized by worse health before the reform announcement. We argue that possibilities for exiting employment serve as a potentially important mitigating mechanism for health and healthcare utilization effects by sorting vulnerable individuals out of employment.

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

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

**Toulouse, T.S.E. TSE Working Paper 1720**

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

Ce papier examine les principaux déterminants socio-économiques et démographiques susceptibles d'influencer la décision des individus d'offrir des soins de longue durée à leurs parents. Pour ce faire, nous nous appuyons sur des données originales issues d'une enquête menée en 2023 auprès de 2300 personnes résidant au Québec et en Ontario, âgées de 45 à 58 ans. Nous analysons successivement trois dimensions de la décision d'aide anticipée (le choix du bénéficiaire

potentiel, le type de soins et l'intensité hebdomadaire envisagés) afin de saisir la complexité du processus décisionnel en amont de l'engagement dans l'aide informelle. Nous montrons que ces déterminants reposent sur des arbitrages distincts. Le choix de mode de prise en charge est principalement structuré par les contraintes organisationnelles (selon que l'aidant travaille à temps plein ou non) et la charge anticipée (selon l'espérance de vie du proche aidé), tandis que l'intensité d'aide envisagée dépend de norme de genre, des contraintes de temps (notamment liées à l'emploi à temps plein et au départ à la retraite), de l'état de santé perçu du proche et de la relation de filiation. Cette hétérogénéité souligne que la volonté d'aider ne relève ni d'une logique purement affective ni d'un calcul strictement économique.

► **Is Immigration Good for Health?  
The Effect of Immigration on Older Adult  
Mortality in the United States**

GRABOWSKI, D.C., GRUBER, J. ET MCGARRY, B.  
2026

**Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 34791**  
<https://www.nber.org/papers/w34791>

We measure the impact of increased immigration on mortality among elderly Americans, who rely on the immigrant-intensive health and long-term care sectors. Using a shift-share approach we find a strong impact of immigration on the size of the immigrant care workforce: admitting 1,000 new immigrants would lead to 142 new foreign healthcare workers, without evidence of crowd out of native health care workers. We also find striking effects on mortality: a 25% increase in the steady state flow of immigrants to the US would result in 5,000 fewer deaths nationwide. We identify reduced use of nursing homes as a key mechanism driving this result.

► **How can co-ordination improve long-term  
care delivery?**

KIM, S., LLENA-NOZAL, A., LORENZONI, L., *et al.*  
2026

**Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper; 192**  
[https://www.oecd.org/en/publications/how-can-co-ordination-improve-long-term-care-delivery\\_38332894-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/how-can-co-ordination-improve-long-term-care-delivery_38332894-en.html)

This paper discusses different policies to improve the co-ordination of health and care services across differ-

ent parts of government, providers and organisations to help individuals perform everyday activities (long-term care, LTC). It builds primarily on four case studies: Canada (Québec), Costa Rica, France and Japan, which represent diverse LTC models at different stages of implementation. It discusses four key policy dimensions: governance, funding, workforce and mechanisms for data sharing in the LTC sector. It finds that co-ordination mechanisms are important to have adequate care provision across different sectors (horizontal coordination) and ensure alignment across different levels of governments (vertical coordination). Pooling of funds from the health and the social care sectors to the LTC system and financial incentives to reduce duplications and encourage joined-up work are also used across countries to promote care co-ordination. Countries also rely on a variety of workforce strategies to support care co-ordination, ranging from assigning care managers or co-ordinators, providing training for multidisciplinary care and setting up more structured care pathways or single-entry points for recipients to receive services or be entitled to public support for care. Ensuring shared data and interoperability of operation systems from different providers also facilitate care co-ordination and quality standards, albeit they are challenging to develop.

► **Dementia severity, informal caregiving  
and labour market outcomes in Europe**

LICKER, L.V., GUTHMULLER, S. ET WUBKER, A.  
2025

**Bochum, Ruhr-Universität Bochum Ruhr Economic  
Papers; 1190**  
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/335897/1/1950526755.pdf>

Dementia is associated with an increasing need for care, which is often provided by informal carers. This may have an impact on their behaviour in the labour market. This study analyses the impact of dementia severity on informal care, labour market participation and working hours of informal carers. We use data from the multinational RightTimePlaceCare (RTPC) study, which covers eight European countries and uniquely links detailed information on people with dementia and their primary informal carers. Using descriptive statistics and multivariate regression models, we analyse the relationships between the severity of dementia, the intensity of care and labour market outcomes, taking into account the endogeneity of care intensity through an instrumental variable approach. Our results show

that higher dementia severity significantly increases the intensity of informal care and substantially reduces both labour market participation and working hours of informal carers. These findings highlight the economic consequences of dementia care and underscore the importance of considering labour market impacts when assessing informal dementia care.

► **Est-on plus heureux à la retraite ?**

MARTINEZ, A. ET PERONA, M.

2026

**Paris Collection du Cepremap. Editions d'Ulm - Presses de l'École normale supérieure**

<https://www.cepmap.fr/publications/est-on-plus-heureux-a-la-retraite/>

Le report de l'âge de départ à la retraite en France est très contesté, notamment parce que la retraite est perçue comme une période idéale de la vie. Pourtant, l'étude montre que le passage à la retraite a peu ou pas d'effet sur le bien-être global (santé, satisfaction de vie, etc.), sauf pour le temps libre qui augmente. Le niveau de bien-être des retraités est globalement similaire à celui des personnes du même âge encore en emploi. Des différences existent selon l'âge : partir avant 60 ans est associé à un léger mieux-être, mais après 65 ans, ce sont les personnes encore en activité (souvent en meilleure santé et mieux rémunérées) qui se sentent mieux. Globalement, la retraite ne constitue pas une rupture majeure dans le bien-être. L'analyse montre aussi que la retraite améliore surtout le bien-être des personnes auparavant au chômage, tandis qu'elle a un effet neutre pour les autres. L'attrait pour la retraite s'explique par deux facteurs : elle représente une période de stabilisation du bien-être face au vieillissement, et elle permet d'échapper à un monde du travail jugé peu favorable à l'épanouissement, surtout pour les seniors. Conclusion : plutôt que de se focaliser uniquement sur l'âge de départ, il faudrait améliorer les conditions de travail en fin de carrière.

► **Informal and formal care for disabled elderly individuals. Substitutes or complements?**

PERELMAN, S. ET PESTIEAU, P.

2025

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

<https://ideas.repec.org/p/cor/louvco/2025016.html>

The relationship between informal and formal care for disabled elderly individuals -whether they function as substitutes or complements- represents a fundamental question for optimizing public resource allocation in aging societies. We develop a theoretical framework demonstrating that long-term care (LTC) policy design hinges critically on this relationship. Using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we provide empirical evidence to address this pivotal question.

## Index des auteurs Author index

### A

Abiona, O.....	21
Achou, B. ....	42
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....	19
Agnoux, E.....	10
Ahammer, A.....	11
Albertone, M.....	19
Amaris, G.....	25
Ammann, D.....	11
Anaya-Montes, M.....	40
Anell, A. ....	33
Arnold, D.R. ....	29
Atger, P.M. ....	19 , 34
Attanasio, O.....	25
Aubert, P. ....	41
Auge, E.....	38 , 41
Ayyagari, P.....	11
Azzi, D.....	23

### B

Baghdadli, A.....	24
Baille, N.....	38
Bakx, P.....	42
Bara, M.....	42
Bartoli, S.....	38
Bauer, A.....	11
Bellia, A.....	42
Bellini, V.....	42
Benamouzig, D.....	34
Bensnes, S.....	12
Best, M.C. ....	38
Blanchet, A. ....	29
Bocher, R. ....	29
Boisson, M.....	34
Bonal, M. ....	17
Bonnet, O.....	13
Bontemps, A.....	32
Borgbier, A.K.....	42
Borraz, O.....	32
Bouhoute, M. ....	34
Breza, E. ....	29
Brugiavini, A. ....	42

Brunn, M. ....	29
Buehler, A. ....	34

### C

Cairney, P.....	21
Caisse nationale de l'Assurance maladie.....	39
Cao, Y. ....	39
Carney, K.....	29
Carrieri, V.....	28
Casas, L.D.D.....	20
Cassou, M.....	35
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public.....	26
Chelle, E.....	29
Cherubini, C.....	39
Churchill, B.F.....	30
Coe, N.B.....	37
Coldefy, M.....	24
Compere, W.....	42
Com-Ruelle, L.....	23
Corlay, D.....	36
Cortes, H.....	13
Cour des comptes.....	16 , 19 , 27
Courtejoie, N.....	24
Curmin, R.....	23

### D

Decio, V.....	31
De Donder, P.....	42
Delory, T. ....	20
Del Rey Puech, P.....	10
Desjonqueres, A.....	12
De Truchis, R. ....	15
Dheyriat, L.....	23
Dietrichson, J. ....	33
Dinh, K. ....	35
Diwam, R.M.....	12
Drapala, S. ....	35

## E

Eliason, P.J. ....	12
Ellegard, L.M. ....	33 , 35
Espagnacq, M. ....	20 , 24
Eurogip. ....	39 , 40

## F

Fauchon, A. ....	12
Fauchon, O. ....	13
Fischer-Weckemann, B. ....	39
Fondation pour le logement. ....	21
Franc, C. ....	35

## G

Gandre, C. ....	24 , 30
Geyer, J. ....	39
Gottlieb, J.D. ....	34 , 36
Gousset, C. ....	38
Government Accountability Office ....	30
Grabowski, D.C. ....	43
Gratieux, L. ....	19
Gregoire, A. ....	11
Gruber, J. ....	43
Guilloton, V. ....	10
Guthmuller, S. ....	28 , 43

## H

Hassenteufel, P. ....	34
Hautchamp, M. ....	34
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ....	31
Haut Conseil de la santé publique. ....	26
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. ....	26
Hess, S. ....	25
Hicks, J. ....	34
Huitfeldt, I. ....	12

## I

Institut national du cancer ....	28
Iwatsubo, Y. ....	23

## J

Jakobowicz, E. ....	24
Johnson, K.R. ....	30

## K

Kauer, L. ....	11
Keating, M. ....	21
Kippin, S. ....	21
Kjellsson, G. ....	35
Krebs, M.O. ....	29
Kronenberg, C. ....	31

## L

Laloue, F. ....	39
Laporte, A. ....	16
League, R. ....	12
Le Cercle Asclepios ....	13
Leclercq, P. ....	23
Le Guillou, Y. ....	19
Le Mer, H. ....	28
Lengagne, P. ....	40
Leroy, C. ....	24
Leung, E. ....	16
Licker, L.V. ....	43
Lobel, F. ....	38
Lorenzoni, L. ....	37
Lo, W.L. ....	22
Lucas-Gabrielli, V. ....	17

## M

Magne, P. ....	39
Malatre-Lansac, A. ....	29
Marone, V. ....	12
Martinez, A. ....	44
Matic, L.K. ....	11
Mcgarry, B. ....	43
Mcguire, A. ....	9
Mendez, J. ....	13
Miele, K.R. ....	31
Ministère chargé du Travail. ....	40
Mondeilh, A. ....	22
Monsees, D. ....	35
Morin, A. ....	36

Motreff, Y. ....	31
Moulaire, P. ....	20
Mousquès, J. ....	38
Moutet, L. ....	15

## N

Naouri, D. ....	28
Neéman, A. ....	37
Nicholson, S. ....	36
Nile consulting.....	18
Nishiyama, K. ....	9

## O

Oghina, S. ....	20
Olier, L. ....	38
Organisation de coopération et de développement économiques .....	26 , 36
Organisation mondiale de la santé.....	18
Or, Z. ....	15 , 21 , 29

## P

Paillet, D. ....	23
Paliot, N. ....	10 , 27
Panteli, D. ....	10
Penneau, A. ....	21 , 22
Perelman, S. ....	44
Perona, M. ....	44
Perronnin, M. ....	22
Pestieau, P. ....	44
Peyrache, A. ....	14
Pichetti, S. ....	22
Pichonnaz, D. ....	33
Pinho Neto, V. ....	38
Pirus, C. ....	10
Portier, O. ....	17
Potter, M. ....	22

## Q

Qingbai, Y. ....	21
Quirion, P. ....	15

## R

Rafferty, A.M. ....	36
Raghavan, V. ....	29
Ramahandry, I. ....	27
Ribardiere, B. ....	16
Rice, N. ....	42
Richards, M.R. ....	29
Ricordeau, P. ....	19
Ruiz, I. ....	32

## S

Saetta, S. ....	30
Salehi, N. ....	11
Sallin, A. ....	11
Salm, M. ....	11
Samu social.....	18
Saout, C. ....	27
Sargent, E. ....	11
Saund, J. ....	10
Schaller, J. ....	9
Sentenac, M. ....	31
Sermeus, W. ....	36
Shinohara, S. ....	14
Sigaard, H.S. ....	42
Sigua, J.A.V. ....	20
Sims Speyer, J.M. ....	37
Sirven, N. ....	41
Siy Van, V.T. ....	20
Song, F. ....	25
Soullier, N. ....	22
Spire, A. ....	33
Spiro, G.M. ....	21
Svarer, M. ....	42

## T

Toffel, K. ....	33
Tomé-Gertheinrichs, E. ....	16
Toutou-Burckard, E. ....	30

## V

Vandentorren, S. ....	22
Villarreal, H.J. ....	13

## W

Webb, D.C.....	9
Whaley, C.M.....	29
Wing, C.....	22
Wubker, A.....	28 , 43

## Y

Yee Wong, C. ....	14
-------------------	----

## Z

Zander-Jentsch, B. ....	36
Zerpa, M. ....	9
Zhu, M. ....	14