

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Septembre 2026 / September 2026

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-Economie-de-la-sante.html
Any reproduction is prohibited but direct links to the document are allowed: www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Véronique Suhard
Rouguiyatou Ndoye

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault
Damien Le Torrec

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 9 When Medicaid Pays the Bill: Routine Vision Benefits, Eye Care Use, and Eyeglasses Spending Among Dual-eligible Medicare Enrollees**
Boudreaux, B., Lipton, B. et Mcinerney, M.
- 9 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2027**
Caisse nationale de l'Assurance maladie
- 9 What role can health mutuals and community-based health insurance play in social health protection systems? Review of experiences**
Tessier, L. et Dit Guérin, O.L.

Démographie Demography

- 10 Projections de population à l'horizon 2070 : une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse**
Blanpain, N. et Pointet, J.
- 10 Baisse de la natalité : adapter les politiques familiales sans normer les choix**
Boinet, C. et Desautettes, C.

E-santé E-Health

- 11 IA et accompagnement des vulnérabilités**
Calvat, T., Nicolas, S., Talabot, J.B., et al.
- 11 Regulating Physicians' Prices in the Presence of Health Platforms**
Canta, C., Madio, L., Mantovani, A., et al.
- 11 Télémédecine : Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins**
Conseil national de l'Ordre des médecins

- 11 La Commission nationale de l'informatique et des libertés. Exercices 2017-2025 : Une montée en puissance inachevée**
Cour des comptes
- 12 Competition between a public and a data-rich private firm: An application to digital health**
Kawasaki, A. et Matsushima, N.

Economie de la santé Health Economics

- 12 La protection sociale complémentaire en entreprise : un dispositif à réformer ?**
Arambourou, S., Eslous, L. et Ruol, V.
- 12 The Institutional Prerequisites of Cost-Effective Healthcare**
Chowdhry, B.
- 13 La France dépense-t-elle trop pour sa santé ?**
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
- 13 Le système de santé français est-il exceptionnellement « généreux » ?**
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
- 13 Exposition des patients aux dépassements d'honoraires : une analyse sur 14 actes techniques fréquents**
Legal, R. et Vincent, R.
- 14 Early-Life Adversity and Preferences for Redistribution: A Global Perspective**
Marchesi, D., Angelini, V. et Nikolova, M.
- 14 Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability in challenging times**
Morgan, D. et Mueller, M.
- 14 Dépenses de santé et recours aux soins des hommes et des femmes : Différences et effets de genre**
Pierre, A., Bithorel, P.L. et Solotareff, R.
- 14 Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale : résultats 2025, prévisions 2026**
Viola, J.P.

Environnement et santé *Environmental Health*

- 15** Santé et climat : la fièvre monte : Comment le changement climatique menace notre santé
Oxfam France

État de santé *Health Status*

- 15** Tabagisme et arrêt du tabac en 2025
Douchet, M.A.
- 15** Causes de décès en France - Nouvelle baisse de la mortalité en 2024 malgré une hausse de celle due aux maladies respiratoires
Godet, F., Costemalle, V., Aubineau, Y., et al.
- 16** Substance use among second-generation immigrants in France: heritage language as a protective factor
Legleye, S., Khlat, M. et Bricard, D.
- 16** Compression or expansion of morbidity: evaluating life expectancy with and without cardiovascular diseases in Denmark
Micheletti, C., Strozza, C., Van Raalte, A., et al.

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 17** Estimation des besoins en santé mentale : cadre conceptuel et approche territorialisée en France
Bourin, C.
- 17** How scale matters for healthcare accessibility: implications for territorial planning in France
Padilla, C., Bona, M., Chevillard, G., et al.
- 18** Association between Hospital Bed Attainment Rates and the Density of Healthcare Professionals in Japan: A Nationwide Ecological Study
Sugimura, K., Kobayashi, T. et Saijo, Y.
- 18** Se faire opérer loin de chez soi : les configurations sociales et spatiales de la distance aux soins de chirurgie
Ysebaert, R., Vallee, J., Giraud, T., et al.

Handicap *Disability*

- 18** Handicaps et autonomies : Actes du XIX^e colloque national de démographie
Cordazzo, P., Dejoux, V. et Ebersold, S.
- 19** L'intérêt du Système national des données de santé (SNDS) pour étudier les parcours de soins et la mortalité de populations en situation de handicap
Duchaine, F., Espagnacq, M. et Cordazzo, P.
- 19** Identification des personnes avec des limitations motrices et organiques à partir de la consommation de soins
Espagnacq, M., Sermet, C. et Regaert, C.
- 19** Cancer et handicap psychique : Analyse documentaire sur les liens que les personnes concernées par le handicap psychique entretiennent avec le cancer. Dossier documentaire
Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap

Hôpital *Hospital*

- 20** Les établissements de santé en 2024 – édition 2026
Boisguerin, B. et Bara, W.
- 20** Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Responsabilité populationnelle (RP) : la difficile articulation de deux expérimentations visant à promouvoir des actions de santé coordonnées : Enquête de terrain sur la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT)
Bourgeois, E.
- 21** Panorama des ORU 2026 : Activité des structures de médecine d'urgence
Fédération des observatoires régionaux des urgences
- 21** Vers une réforme du financement hospitalier fondée sur la valeur : enjeux et perspectives pour la France
Or, Z.

- 21 Persistent Public–Private Disparities in In-Hospital Cancer Case Fatality across Two Decades: A Nationwide Analysis of 1.5 million Hospitalisations in Chile, 2003–2024**
Taramasco, C., Acuna-Hinojosa, J.C., San Martin Barrera, N., et al.

- 24 Health Care Reform and Firm Dynamics: Evidence from Medicare Part D and the Retail Pharmacy Industry**
Churchill, B.F., Cisneros, G. et Marquardt, K.R.
- 25 Revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital**
Cuneo, P., Mariani, L., Viossat, L., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 22 Sex Differences in Socioeconomic Inequalities in Diabetes Prevalence Across 30 European Countries: A Sex-Stratified Multi-Dimensional Analysis of the WHO Health Inequality Data Repository**
Guo, L., Shihua, N., Hanghao, M., et al.
- 22 GLP-1 Therapy and the Reshaping of Socioeconomic Gradients in Health**
Montano-Campos, J.P., Tysinger, B., Goldman, B., et al.
- 23 Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement**
Le Mer, H., Naouri, D. et Varnier, R.

Médicaments Pharmaceuticals

- 23 Perimed 2025 : Étude des médicaments PERImés et du gaspillage MEDicamenteux**
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.
- 23 Déprescription et santé durable : enseignements d'une journée interdisciplinaire**
Brunn, M., Nouguez, E., Stahl, E., et al.
- 24 Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024)**
Cadillac, M. et Maugendre, E.
- 24 Observatoire Européen des délais d'accès aux médicaments : Comparaison en Allemagne, Angleterre, Espagne et France. Édition 2026**
Caisse nationale de l'Assurance maladie

Méthodologie-Statistique Methodology-Statistics

- 25 Beyond Mortality and Morbidity: Positioning Functioning as a Third Dimension of Population Health**
Collins, A.J., Ziade, N., Kleinitz, P., et al.
- 25 A vignette-based approach to stakeholder-based health need elicitation: Overcoming methodological heterogeneity and capturing implicit needs**
Integlia, D. et Marra, A.
- 26 Phase-Coupled Stochastic Cost Process: A Self-Modifying Point Process Framework for Individualized Health Insurance Cost Projection**
Zhang, S.

Politique de santé Health Policy

- 26 Advancing a System-Level Value Imperative through the Strategic Re-Centering of Palliative Care to the Ambulatory Setting**
Berger, J.T.
- 26 Programme d'études et d'enquêtes 2026**
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques
- 27 Rapport d'activité 2025 de la Drees**
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques
- 27 EAPC Atlas of Palliative Care in the European region 2025**
Garralda-Domezain, E., Tripodoro, V.A. et Ling, J.

- 27 Réforme des Agences régionales de santé : construire la proximité. Un échelon départemental renforcé, un pouvoir de dérogation élargi, un socle de services de santé garanti pour toute la population**

Gruny, P., Pantel, G. et Brulin, C.

- 28 Réflexion prospective pour le système de santé : orientations de mise en œuvre**

Haut Conseil de la santé publique

- 28 Valuing a reduction in the risk of non-fatal cancer : A large-scale multi-country stated preference approach**

Herrera-Araujo, D., Andersson, H., Dussaux, D., et al.

- 28 Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS**

Lidsky, V., Miron de L'Espina, A., Cohen, S., et al.

- 31 Mieux prévenir, mieux dépister et mieux prendre en charge la maladie rénale chronique**

Baque, S., Bensadon, A.C., Djataou, N.Y., et al.

- 31 Intergenerational transmission of preventive health-seeking behaviors: Like mother, like daughter? The case of cancer screening in France**

Dugord, C. et Franc, C.

- 32 Information Provision and Demand-Side Barriers to Healthcare Innovation: Experimental Evidence on Shared Medical Appointments in Menopause Care**

Giardili, S., Heller, M., Jain, S., et al.

- 32 Vaccine hesitancy among migrant populations in Europe: A mixed-methods systematic review**

Khuu, E., Moussaoui, S. et Vignier, N.

Politique publique Public Policy

- 29 Comment les travaux de recherche peuvent-ils éclairer la décision publique aujourd'hui ?**

Cousineau, M., Dupays, S., Forest, P.G., et al.

Politique sociale Social Policy

- 30 Atlas social de la France**

Le Groix, A., Ribardièrre, A. et Riviere, J.

- 30 L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap - Édition 2026**

Le Caignac, E.

- 30 L'aide sociale à l'enfance. Édition 2026 : Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées**

Tarayoun, T., Abassi, E., Keita, M., et al.

Prévention Prevention

- 31 Rapport d'information sur la prévention en santé**

Aeschlimann, M.D., Canalès, M. et Sollogoub, N.

Psychiatrie Psychiatry

- 33 Santé et bien-être des collégiens en France : 13 rapports régionaux de l'enquête EnCLASS**

Christophe, L., Clement, M. et Ingrid, G.

- 33 Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED): Identification Of Unmet Health-Related Needs Associated With Psychotic Disorders**

Claessens, Z., Wens, Y., Steyfkens, V., et al.

- 34 Isolement et contention dans les établissements psychiatriques français : état des lieux de ces pratiques controversées**

Gandre, C., Touitou-Burckard, E., Coldefy, M., et al.

- 34 Peer Effects in Adolescent Mental Health**

Hadah, H.

- 34 How an Unexpected Asylum Seeker Influx Affects Host Residents' Mental Health: Quasi-Experimental Evidence from South Korea**

Shin, S.

- 34 Protocol for a Delphi consensus study to identify priority characteristics of integrated care for individuals with severe mental illness and comorbid physical disorders in Europe**

Touitou-Burckard, E., Gondek, T., Isayeva, U., et al.

- 35 First implementation of a collaborative care model for common mental disorders in primary care in France: fidelity of care manager intervention matters**

BYounes, N., Touitou-Burckard, E., Ros, E., et al.

Soins de santé primaire Primary Healthcare

- 36 Managing Excess Demand for Primary Care: Evidence from Online Experiments**
Abraham, D., Krcal, O. et StÄbler, J.
- 36 Evolving Workforce Models in English General Practice: Trends in Consultation Activity and Role Distribution, 2015–2023**
Belokhovostova, D., Lawless, A., Opie-Martin, S., et al.
- 36 Mission de vérification des activités de l'Ordre des chirurgiens-dentistes**
Charlottin, F., Jacquemin, G. et Guillot de Suduiraut, L.
- 37 In Sickness and In Health: Motivating Improved Healthcare Using Holistic Patient Contracts**
Croke, K., Daniels, B., Lipinski, R., et al.
- 37 Les pharmaciens : Panorama au 1^{er} janvier 2026**
Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens
- 37 How to increase the supply of primary care services in underserved areas? The impact of the location of multidisciplinary primary care teams on the density of physiotherapists in France**
Galharret, Y., Videau, Y. et Mousquès, J.
- 38 Mission de vérification des activités de l'Ordre des médecins**
Gallezot, C., Méo, A. et Lafargue, L.
- 38 Incentivising patient pathways in outpatient care : A review of gatekeeping and cost-sharing policies across the OECD**
Hammerli, M., Milstein, R. et Mueller, M.
- 38 Partenariat en santé et patients partenaires**
Haut Autorité de santé
- 38 Mission de vérification des activités de l'Ordre des pharmaciens**
Teper, S., Chouchena, D. et Carre, F.

Systèmes de santé Health Systems

- 39 Cadre d'évaluation de la performance du système de santé pour le Luxembourg**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 39 Cluster analysis of non-communicable disease burden, prevention and management across EU27+2 countries**
Cecchini, M., Vuik, S. et Everard, C.
- 39 Improving quality of care through the OECD Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)**
Organisation de coopération et de développement économiques
- 40 Europe's Post-COVID Debt Sustainability Discourse, High-End Medical Tourism, and the Political Economy of Pandemic Preparedness: A Comparative Policy Analysis of Germany and Spain**
Pradhan, B.K.
- 40 Lessons from a global review of health system resilience**
Thomas, S., Farsaci, L., O'donoghue, C., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 41 Estimating Return to Work Following Injury or Disability**
Athanasou, A.
- 41 The Disability Employment Paradox? Reconciling trends in disability, health and employment in the UK, 2014-2022**
Bryan, M., Bryce, A., Roberts, J., et al.
- 41 Conséquences de la sclérose en plaques sur le taux d'emploi et la diminution des ressources**
Leray, E., Espagnacq, M., Regaert, C., et al.
- 42 Unemployment Insurance Generosity and Healthcare Use: Evidence from Sweden**
Päällysaho, M.

Vieillessement Aging

- 42** **Sous-indexer les retraites : quels effets et quels enjeux ?**
Aubert, P., To, M. et Tocheva, D.
- 42** **Private equity investment in long-term care in Europe: Trends, impact and policy options**
Cooney, K., Cylus, J., Rechel, B., et al.
- 43** **Provision of health services to nursing home residents: Policy options for Europe**
Munchenberg, P.S., Rajan, D. et Rechel, B.
- 43** **Évolutions et perspectives des retraites en France. Rapport annuel du Cor**
Nortier-Ribordy, F., Bretin, E., Berteau-rapin, C., et al.
- 43** **Long-term care for older people: package for universal health coverage**
Organisation mondial de la santé
- 43** **The impact of population ageing on tax revenues in OECD countries**
Sicsic, M. et Hourani, D.
- 44** **Le nombre de proches aidants à la vie quotidienne baisse de 6 % entre 2008 et 2022, et l'aide apportée s'intensifie**
Verhagen, A.L.
- 44** **Can Extending Certification Limits Mitigate Nursing Shortages Without Compromising Care Quality? Evidence from U.S. Nursing Homes**
Ye, M. et Wang, Y.

Assurance maladie

Health Insurance

► **When Medicaid Pays the Bill: Routine Vision Benefits, Eye Care Use, and Eyeglasses Spending Among Dual-eligible Medicare Enrollees**

BOUDREAUX, B., LIPTON, B. ET MCINERNEY, M.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35384

<https://www.nber.org/papers/w35384>

Vision problems are prevalent among Medicare beneficiaries, with the majority having treatable conditions including uncorrected refractive error and cataracts. However, traditional Medicare does not cover routine eye exams or eyeglasses, and Medicare Advantage supplemental vision benefits often include low annual limits. We examine the effects of Medicaid routine vision benefits among adults dually eligible for Medicare and Medicaid, a population with high rates of vision impairment, morbidity, and disability. Using 2002-2019 Medicare Current Beneficiary Survey data and a difference-in-differences design, we estimate that Medicaid routine vision benefits increase past-year eye exams, eyeglasses purchases, and Medicaid spending on eyeglasses while reducing out-of-pocket spending. We also find suggestive evidence of spillovers to Medicare Advantage spending on eyeglasses, consistent with Medicaid routine vision coverage inducing additional eyeglasses purchases among Medicare Advantage enrollees with supplemental vision benefits, although estimates are modest.

► **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2027**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2026

Paris, C.N.A.M.

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-07_rapport-propositions-pour-2027_assurance-maladie.pdf

A partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2027 présente des propositions et des pistes de réflexion visant

à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. L'édition 2027 est construite autour de trois grands axes : la prévention (« la grande cause décennale »), les parcours de soins et la qualité de la prise en charge, et payer le juste soin au juste prix.

► **What role can health mutuals and community-based health insurance play in social health protection systems? Review of experiences**

TESSIER, L. ET DIT GUÉRIN, O.L.

2025

Genève, International Labour Organization. ILO working paper 122

<https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/encyclopediaEntry/995641633602676>

Social health protection systems are constantly evolving, offering a wide range of institutional, administrative, and financial arrangements. International standards in social health protection are outcome-based, and grant flexibility in the institutional and administrative arrangements chosen by each state to implement these guarantees, as long as certain fundamental principles are upheld. These principles include the establishment of state-guaranteed benefit entitlements, solidarity in financing, and broad risk pooling. The flagship Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102), globally recognized as a reference for system design, is thus conceived around the idea that systems are adaptable and that no single model applies universally. At the global level, mutuals primarily focus on providing complementary or supplementary coverage to basic health schemes. Only a small number of countries incorporate mutuals and community-based health insurance (CBHI) into the architecture of their basic health coverage systems. This working paper explores various country experiences where mutuals and CBHI contribute to basic health coverage within national social protection systems. Despite a wealth of literature on mutuals and CBHI, little is known about the practical methods used to integrate them into national social health protection architectures. This work is based on a literature review (Niang et al., 2023) and seventeen case studies spanning countries in Europe, Africa, Asia,

and Latin America. This comparative analysis highlights that the involvement of mutuals and AMBCs in national social health protection schemes is the result

of a historical process unique to each country, evolves dynamically over time, and varies significantly in the conceptual and legal frameworks that govern them.

Démographie

Demography

► **Projections de population à l'horizon 2070 : une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse**

BLANPAIN, N. ET POINTET, J.

2026

Insee Première (2108)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/9004289>

En 2070, si les tendances démographiques récentes se prolongeaient, la France compterait 65,9 millions d'habitants, soit 3,2 millions de moins qu'en 2026. La population augmenterait légèrement jusqu'en 2037 pour atteindre 69,8 millions d'habitants. Cette croissance démographique tiendrait exclusivement au solde migratoire, le solde naturel devenant négatif à partir de 2025. À partir de l'année 2037, le solde migratoire ne compenserait plus le déficit naturel et la population commencerait donc à diminuer. D'ici 2070, le nombre d'habitants de moins de 45 ans baisserait de 8,9 millions, tandis que celui des personnes âgées de 45 à 64 ans serait quasi stable et que celui de 65 ans ou plus augmenterait de 5,8 millions. La hausse du nombre de personnes âgées serait essentiellement portée par celle des 80 ans ou plus (+4,6 millions) ; le nombre de centenaires pourrait être multiplié par 4. En 2040, il y aurait 49 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans, contre 40 en 2026. Entre 2040 et 2070, l'évolution de ce rapport de dépendance démographique est plus incertaine ; selon le scénario central, il s'établirait à 62 pour 100. Le vieillissement de la population est certain, mais la décrue de la population totale n'est que probable : à horizon 2070, il y aurait entre 61 à 71 millions de personnes en France, selon que l'on abaisse ou élève l'hypothèse de fécondité ou de solde migratoire.

► **Baisse de la natalité : adapter les politiques familiales sans normer les choix**

BOINET, C. ET DESAUNETTES, C.

2026

Paris, Haut-Commissariat à la stratégie et au Plan

<https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/baisse-de-la-natalite-adapter-les-politiques-familiales-sans-normer-les-choix>

La France connaît, depuis 2010, une baisse de sa natalité caractérisée par un recul prononcé du nombre de naissances et par un niveau historiquement bas de la fécondité. Ce mouvement place la France dans une trajectoire proche de celle observée dans la plupart des pays européens durant les deux dernières décennies, dont la fécondité s'établit désormais bien en deçà du seuil de renouvellement des générations. Face à la tendance actuelle de dénatalité, il s'agit d'identifier les politiques les plus à même de soutenir les conditions d'accueil d'un enfant souhaité, sans remettre en cause les droits sexuels et reproductifs, sans imposer de normes familiales, et en tenant compte des contraintes budgétaires et des effets de long terme des différents instruments mobilisés.

E-Health► **IA et accompagnement des vulnérabilités**CALVAT, T., NICOLAS, S., TALABOT, J.B., *et al.*

2026

Paris, C.V.S.

<https://vulnerabilites-societe.fr/ia-et-accompagnement-des-vulnerabilites-2/>

Et si l'IA pouvait aider le secteur social et médico-social à préserver la relation humaine, qui est au cœur de ses métiers, en l'allégeant de ce qui l'étouffe encore trop souvent : surcharge d'activité, ruptures de parcours, complexité des démarches... ? En 2025, le Cercle Vulnérabilités et Société a mené une exploration rigoureuse et participative pour répondre à cette question. À travers l'analyse de 150 cas d'usage internationaux, des entretiens avec des experts et un workshop collaboratif réunissant 25 représentants des parties prenantes de terrain - professionnels, personnes accompagnées, aidants, décideurs - cette démarche aura permis d'identifier les leviers clés de réussite et d'efficacité : 3 cas d'usage ont émergé (Small Companions), qui incarnent 3 approches en matière de soutien à l'intervention sociale et médico-sociale.

► **Regulating Physicians' Prices in the Presence of Health Platforms**CANTA, C., MADIO, L., MANTOVANI, A., *et al.*

2026

Munich, CESifo. CESifo Working Paper 12646

https://www.ifo.de/DocDL/cesifo1_wp12646.pdf

Online platforms connecting physicians and patients are increasingly common and often operate in heavily regulated contexts. We consider a platform that provides cost-reducing services for physicians and quality-enhancing services for patients. The platform also improves the matching between patients and physicians, thereby increasing competition among the latter. When prices are unregulated, physicians charge different prices online and offline, yet not all join the platform, which is suboptimal in terms of social welfare. The platform may also under- or over-invest in the quality level offered to patients, making their participation suboptimal as well. We then analyze price regulation. Under a single regulated price for medical visits, regardless of the booking channel, all physicians

join the platform. However, the first-best allocation cannot be implemented: patient participation remains inefficiently low because patients do not internalize the platform's cost-reducing effect. In contrast, allowing two regulated prices, one for offline visits and one for platform bookings, restores the first best. Overall, our findings suggest that an optimal pricing or reimbursement mechanism should differentiate across booking channels.

► **Télémédecine : Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

2026

Paris, Cnom

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

Le rapport 2026 du Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que la télémedecine est un outil utile mais doit rester complémentaire à la consultation en présentiel. Elle doit respecter des règles strictes pour garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins. La téléconsultation ne peut pas être l'activité principale d'un médecin ni remplacer totalement les consultations physiques. Elle doit s'inscrire dans un parcours de soins coordonné, avec une attention particulière à l'identification du patient, à la protection des données et à la traçabilité des actes.

► **La Commission nationale de l'informatique et des libertés. Exercices 2017-2025 : Une montée en puissance inachevée**

COUR DES COMPTES

2026

Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-06/20260604-CNIL.pdf>

Sur proposition citoyenne via sa plateforme participative, la Cour a contrôlé le fonctionnement de la Cnil afin d'évaluer si elle est parvenue à assumer l'impact de l'entrée en vigueur du RGPD sur ses missions, tout

en gérant de manière efficiente les moyens qui lui ont été alloués. Sur la période 2017-2025, la Cnil a globalement su adapter ses modes d'intervention à ce nouveau cadre juridique européen, en passant d'une logique administrative de déclaration et d'autorisation *a priori* à une logique d'accompagnement et de responsabilisation des acteurs. Des marges de progrès subsistent toutefois, s'agissant notamment du traitement des plaintes, de la connaissance de l'écosystème de la protection des données, du contrôle de certains acteurs ainsi que de la maîtrise de sa gestion interne, dans un contexte de forte hausse de ses moyens. La Cour formule à ce titre onze recommandations visant à renforcer l'efficacité de l'action de la Cnil et à mieux maîtriser ses coûts de gestion.

► **Competition between a public and a data-rich private firm: An application to digital health**

KAWASAKI, A. ET MATSUSHIMA, N.

2026

Osaka, O.S.I.P.P. OSIPP Discussion Paper DP-2026-E-005

<https://www.osipp.osaka-u.ac.jp/archives/DP/2026/DP2026E005.pdf>

Digital entrants in health care and health insurance often compete against public or mission-oriented organizations rather than only against private rivals. We develop a Hotelling model of mixed competition in which a private data-rich firm chooses the scope of consumer-data collection and then uses the acquired information to personalize offers. The rival supplies a standard service and is either a welfare-maximizing public firm or a profit-maximizing private firm. We characterize equilibrium data collection, prices, consumer surplus, profits, and social welfare. The private digital firm chooses a wider data-harvesting range when its rival is private than when its rival is public, because a public rival uses welfare-oriented pricing to discipline the induced market allocation rather than to maximize its own profit. The welfare ranking is non-monotonic in the value created by personalization. When the benefit from personalization is either small or large, competition against a public rival yields higher welfare; when the benefit is intermediate, competition against a private rival can dominate because it induces a broader rollout of personalized service. These results highlight that the welfare effects of digital entry depend jointly on data-driven personalization and the ownership objective of incumbent health-sector organizations.

Economie de la santé

Health Economics

► **La protection sociale complémentaire en entreprise : un dispositif à réformer ?**

ARAMBOUROU, S., ESLOUS, L. ET RUOL, V.

2026

Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/la-protection-sociale-complementaire-en-entreprise-un-dispositif-reformer>

Le rapport analyse les garanties de complémentaire santé et de prévoyance, mises en place dans les entreprises, notamment celles couvrant des risques lourds tels que le décès ou l'invalidité. Depuis de nombreuses années, leur financement bénéficie de soutiens publics significatifs, à travers un régime fiscal-social dérogatoire et complexe.

► **The Institutional Prerequisites of Cost-Effective Healthcare**

CHOWDHRY, B.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6708543

Why does McAllen, Texas spend twice as much per Medicare enrollee as El Paso-with worse outcomes? We build a formal model that answers this question. A medical practice of N doctors treats patients whose illness probability is privately observed; an insurer offers a threshold contract motivated by the bundled-payment designs in use-Prometheus and the Medicare Shared Savings Program. Over-treatment arises through two reinforcing channels-doctors lower their treatment

threshold and supervisors veto less willingly as N grows. When treatment decisions are simultaneous, two stable equilibria can coexist: a low treatment equilibrium in which surplus sharing disciplines costs, and a high-treatment trap in which monitoring dissipates incentives. The insurer can eliminate the trap by calibrating the monitoring threshold, but only when malpractice damages are set to their socially efficient level. The path from McAllen to El Paso is institutional before it is contractual.

► **La France dépense-t-elle trop pour sa santé ?**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2026

Décryptage Santé (1)

https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/2026-05/D%C3%A9pense%20de%20sant%C3%A9_n%C2%B01%20mai%202026.pdf

La situation financière de l'assurance-maladie est particulièrement préoccupante, et même exceptionnelle en l'absence de crise sanitaire ou de récession. Mais cela ne veut pas dire que la France a un niveau anormal de dépenses de santé : globalement, elle dépense, en montant par tête, à peu près comme les autres pays d'Europe du Nord-Ouest voire un peu moins. Au vu de son niveau de vie, cela représente déjà un effort plus important que certains de nos voisins. Un niveau de dépenses de santé proche de celui des pays comparables ne signifie pas qu'il n'y pas de marge pour avoir une dépense de santé plus efficiente. La hausse des coûts à venir, du fait du vieillissement, du développement de certaines pathologies, ainsi que des coûts de l'innovation, rend nécessaire de rechercher ces marges d'économies, auxquelles le Hcaam a consacré un rapport en 2025.

► **Le système de santé français est-il exceptionnellement « généreux » ?**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2026

Décryptage santé (2)

https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/2026-06/D%C3%A9cryptages%20sant%C3%A9_n%C2%B02%20juin%202026_1.pdf

On peut lire parfois que la situation financière de

l'Assurance maladie en France serait due à un système excessivement généreux pour les patients, qui conduirait à des dépenses non pertinentes. Ce numéro examine donc deux questions : Le système de santé français est-il particulièrement généreux ? Accroître la participation financière des patients améliore-t-il la pertinence de la dépense ?

► **Exposition des patients aux dépassements d'honoraires : une analyse sur 14 actes techniques fréquents**

LEGAL, R. ET VINCENT, R.

2026

Questions d'économie de la santé (Irdes) (309)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/309-exposition-des-patients-aux-dépassements-d-honoraires.pdf>

Aujourd'hui, un peu plus de la moitié des médecins spécialistes libéraux exercent en secteur 2 et sont donc autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces dépassements ne sont pas financés par l'assurance maladie obligatoire et sont directement à la charge du patient et de son éventuelle assurance maladie complémentaire. Par quelles populations sont supportés les dépassements d'honoraires ? Quel est le rôle de l'offre de soins, notamment l'importance relative des médecins de secteur 1 versus secteur 2, dans le profil des patients exposés aux dépassements d'honoraires ? Pour répondre à ces questions, les tarifs pratiqués sur 14 actes techniques fréquents et donnant lieu à des dépassements élevés ont été analysés, en mobilisant les données du Système national des données de santé (SNDS) relatives à l'année 2021. Lorsque l'offre à tarif opposable (hôpital public, établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et secteur 1) est importante et bien diffusée sur le territoire, comme c'est par exemple le cas pour l'accouchement, les dépassements sont majoritairement supportés par les patients des communes les plus favorisées socialement. Inversement, lorsque l'offre de secteur 2 est prédominante, comme c'est le cas pour la reconstruction du ligament croisé, les dépassements ont tendance à se répartir sur tous les types de patients, y compris ceux des communes les plus défavorisées. Notre analyse vient confirmer le rôle clé de l'offre de soins, en particulier celui de l'accessibilité de l'offre à tarif opposable, pour limiter le poids des dépassements supporté par les habitants des communes défavorisées.

► **Early-Life Adversity and Preferences for Redistribution: A Global Perspective**

MARCHESI, D., ANGELINI, V. ET NIKOLOVA, M.
2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18622

<https://docs.iza.org/dp18622.pdf>

We are the first to examine how adverse childhood experiences (ACEs) influence the support for redistribution in adulthood. Using data from the 2022-2024 wave of the Global Flourishing Study on over 160,000 individuals from 22 countries, we construct measures of ACEs based on retrospective information on parental relationships, abuse, health, and household finances while growing up. We document cross-country variation in both ACE prevalence and redistributive preferences between high-income and low- and middle-income countries. Specifically, exposure to ACEs is associated with stronger support for redistribution only in high-income countries, suggesting that the relationship between early-life adversity and economic preferences is context-dependent. We explore several mechanisms that underpin our relationship. We find evidence for a material self-interest channel, whereby childhood adversity lowers adult income and increases demand for government support. Yet, this mechanism explains only a small part of the total association, suggesting that alternative pathways drive the relationship. Overall, the results show that early-life adversity is a previously overlooked and context-dependent determinant of redistributive preferences.

► **Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability in challenging times**

MORGAN, D. ET MUELLER, M.
2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 193

<https://doi.org/10.1787/9fc8d4b1-en>

Over the last five years, a succession of crises has strongly impacted the financial resources that countries were able and willing to allocate to health, and significant uncertainties continue to weigh on the global economy. As a result, restoring public finances has become a priority in many countries, with implications for health spending patterns. Health policy priorities are shifting towards identifying efficiency gains within health systems as a means of strengthening their resilience. This Health Working Paper summarises the latest health spending trends in OECD countries,

highlighting that health spending growth in 2024 is still expected to have remained slightly above pre-pandemic growth reflecting the volatile economic growth patterns across countries in recent years. It also compares the latest trajectory of health spending with government expenditure in other areas, such as education, social protection or defense. Finally, drawing on budget information sourced for a limited number of countries, the paper discusses the likely short-term developments in health spending and provides examples of measures that countries have implemented to make their health spending more financially sustainable.

► **Dépenses de santé et recours aux soins des hommes et des femmes : Différences et effets de genre**

PIERRE, A., BITHOREL, P.L. ET SOLOTAREFF, R.
2026

Médecine Sciences 41(12): 1046–1053.

https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/full_html/2025/12/medsci20250007/medsci20250007.html

Les dépenses de santé, engagées par les hommes et les femmes au cours de la vie, dépendent en premier lieu de leur état de santé et de leurs besoins de soins spécifiques. Leur situation économique et sociale, leurs préférences individuelles et les normes sociales genrées contribuent également à expliquer des différences dans leur recours aux soins et dans leurs dépenses de santé. Cet article propose un aperçu de la littérature en économie et en épidémiologie afin d'illustrer les différences de dépenses de santé et de recours aux soins entre les hommes et les femmes aux différents âges de la vie. Les dépenses de santé sont analysées sous l'angle des comportements sociaux et économiques, notamment en ce qui concerne les effets de genre, au-delà des besoins de soins spécifiques propres à chaque sexe.

► **Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale : résultats 2025, prévisions 2026**

VIOLA, J.P.
2026

Paris, C.C.S.S.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2026/CCSS%20mai%202026_assembl%c3%a9_V2.pdf

Ce rapport constate une conjoncture économique

qui se détériore en 2025, l'existence d'incertitudes majeures pour 2026, avec un déficit en forte hausse

en 2025 et une dégradation appelée à se poursuivre en 2026.

Environnement et santé

Environmental Health

► Santé et climat : la fièvre monte : Comment le changement climatique menace notre santé

OXFAM FRANCE

2026

Paris, Oxfam France

<https://www.oxfamfrance.org/rapports/sante-et-climat-comment-le-changement-climatique-menace-notre-sante/>

Oxfam France dévoilant des données inédites, ce rapport alerte sur une véritable « double peine climatique » : les vagues de chaleur, inondations et feux de forêt augmentent les risques sanitaires tout en affaiblissant la capacité de réponse d'un système de santé déjà sous tension et fragilisé par des sous-investissements chroniques. En l'absence d'une anticipation renforcée des risques, le changement climatique aggraverait les inégalités de santé déjà existantes.

État de santé

Health Status

► Tabagisme et arrêt du tabac en 2025

DOUCHET, M.A.

2026

Paris, O.F.D.T.

<https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2026-05/note-bilan-tabac-2026.pdf>

Les volumes de tabac vendus dans le réseau des buralistes ont diminué de 8,2 % par rapport à 2024. Certains départements frontaliers (Nord, Pas-de-Calais, Ardennes) sont moins concernés par cette baisse. La hausse des taxes en Belgique et au Luxembourg ayant entraîné un report sur le territoire français des acheteurs qui allaient auparavant se fournir à l'étranger témoigne de l'utilité de politiques publiques mises en œuvre au niveau européen. Malgré la diminution des volumes, le chiffre d'affaires global du tabac atteint 18,4 milliards d'euros en 2025 : il s'avère quasi-stable depuis 2017, avec une croissance moyenne de 0,2 % par an. En effet, après l'augmentation des prix en 2024, la hausse des prix des cigarettes demeure modérée en 2025 (le prix moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue passant de 12,54 € à 13 €, tandis

que le prix moyen du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue reste inchangé à 23,90 €).

► Causes de décès en France - Nouvelle baisse de la mortalité en 2024 malgré une hausse de celle due aux maladies respiratoires

GODET, F., COSTEMALLE, V., AUBINEAU, Y., *et al.*

2026

Études et résultats (Drees)(1375)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/ER1375_Causes_d%C3%A9c%C3%A8s_2024.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'Inserm via son Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) et Santé publique France analysent les causes médicales de décès des personnes résidentes et décédées en France en 2024. Parmi les études publiées, une étude s'intéresse aux principales causes de décès médicales.

► **Substance use among second-generation immigrants in France: heritage language as a protective factor**

LEGLEYE, S., KHLAT, M. ET BRICARD, D.
2026

International Journal of Public Health 71:1609152
<https://doi.org/10.3389/ijph.2026.1609152>

Study substance use among second-generation immigrants in France (G2) in comparison with first-generation immigrants (G1) and majority population, and particularly the variation according to practice of heritage language. In a nation-wide probability sample, we focused on the two largest groups (from Maghreb and Southern-Europe: $n = 2,736$), analysing their use of alcohol, tobacco and cannabis. The main factor of interest was practice of heritage language at home at age 15 (vs. exclusive use of French), and we also considered type of parentage: homogenous (two immigrant parents from the same country) vs. mixed (only one, the other being French). In comparison with the majority population (neither G1 nor G2: $n = 19,185$), G1 had lower levels of substance use, followed by G2 speaking the heritage language and by G2 with homogeneous parentage. The other G2 reported higher levels of substance use, close to those of the majority population (even higher for tobacco among Maghrebins and cannabis among South-Europeans). These associations remained robust after Integrating those specificities may help in designing culturally grounded prevention policies benefitting the population at large.

► **Compression or expansion of morbidity: evaluating life expectancy with and without cardiovascular diseases in Denmark**

MICHELETTI, C., STROZZA, C., VAN RAALTE, A., *et al.*
2026

Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research MPIDR Working Paper 2026-027

<https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2026-027.pdf>

Background: Cardiovascular diseases (CVDs) are among the leading causes of death in high-income countries and represent a major source of morbidity across the life course. Understanding how the time spent with CVD has evolved over time and how it differs between men and women requires going beyond summary measures of health expectancy, which condense complex health trajectories into a single number.

Methods: Using Danish population registers from 2005 to 2018, we employ novel bivariate age-at-death distributions to examine how the experience of cardiovascular morbidity is distributed across the population, how it has changed over time and how it differs between sexes. Results: Our findings point towards an expansion of CVD morbidity, with individuals who experienced a CVD hospitalisation spending an increasing number of years with the condition prior to death. This occurs alongside a decline in CVD incidence, as a growing proportion of individuals reach advanced ages without ever being hospitalised for a cardiovascular condition. Women are more likely than men to die without ever experiencing a CVD hospitalisation, and spend fewer years with the condition before death. Conclusions: The coexistence of expanding morbidity and declining incidence reflects progress on both prevention and treatment fronts, and need not be interpreted as a sign of worsening population health. The bivariate framework and visualisations introduced offer a valuable complement to existing health indicators, capturing the full distribution of morbidity experiences that summary measures conceal.

Géographie de la santé

Geography of Health

► Estimation des besoins en santé mentale : cadre conceptuel et approche territorialisée en France

BOURIN, C.

2025

Nanterre, Université Paris 10 Nanterre . Mémoire de Master 2

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05405281v1>

Plusieurs politiques publiques récentes ont mis en avant la nécessité de mieux estimer les besoins dans le champ de la santé mentale en France avec une approche territorialisée. C'est notamment le cas de la dotation populationnelle au cœur de la réforme du financement de la psychiatrie hospitalière de 2022. De plus, les diagnostics partagés des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), introduits par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, soulèvent des réflexions sur des méthodes d'estimation des besoins facilement mobilisables par les acteurs locaux afin d'enrichir ces diagnostics territoriaux. Dans ce mémoire, nous effectuons une étude exploratoire de l'estimation des besoins en santé mentale sur les territoires, en nous intéressant aux apports de la géographie pour une telle étude. La première partie propose un cadre conceptuel pour une gradation des besoins et des réponses dans le champ de la santé mentale sur les territoires, qui nous permet d'adopter une approche graduée de la sévérité des troubles psychiques dans la suite de notre étude. La deuxième partie se compose d'une revue de littérature sur les méthodes d'estimation des besoins en santé mentale, centrée sur les méthodes d'estimation qui intègrent les déterminants sociaux de la santé mentale. Ces méthodes s'appuient sur la corrélation entre variables sociales et besoins en santé mentale au niveau des territoires. Dans la troisième partie, nous identifions les sources d'informations mobilisables pour estimer les besoins en santé mentale en France. Dans la quatrième partie, nous présentons la méthodologie d'une première application d'une approche territorialisée de l'estimation des besoins en santé mentale en France sur quatre territoires, et nous décrivons les résultats de cette application dans la cinquième partie. La sixième et dernière partie discute les résultats de ce travail et présente les perspectives de recherche futures sur l'estimation des besoins en santé mentale dans le champ de la géographie.

► How scale matters for healthcare accessibility: implications for territorial planning in France

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

2026

Cybergeo: European Journal of Geography(1105). En ligne

<https://journals.openedition.org/cybergeo/42830>

Analyzing healthcare accessibility through geographic approaches enables decision-makers to identify priority areas and allocate resources more effectively. Changes in scale not only modify the characteristics of the spaces under observation, but also affect the assessment that informs social, political, or economic decision-making. This paper examines and visualizes how shifts in scale influence the definition of healthcare accessibility in France — considering general practitioners, primary care providers, and services— as well as supply dynamics and socio-health needs. The study compares three spatial scales: municipalities, and two supra-municipal scales —territoires de vie santé used by the public authorities to define medically underserved areas, and Inter-municipal Cooperation (EPCI), employed by policymakers for local projects. A three-step method comprising scoring, principal component analysis and clustering, was applied to synthesize the multidimensional concept of healthcare accessibility. Scale-related discrepancies were analyzed using joint autocorrelation indicators, Sankey diagrams, and Theil's indices. The results identify seven classes of accessibility at the municipal level and five classes at the EPCI or territoire de vie santé levels. The spatial distribution of these classes reveals greater variability at the municipality scale than at higher levels of aggregation. The territoire de vie santé level retains the advantage of capturing diverse configurations of healthcare accessibility, while exhibiting lower heterogeneity within each area compared to the EPCI level. These findings underscore the importance of spatial contiguity and homogeneity in healthcare accessibility for mitigating information loss in multiscale aggregation processes.

► **Association between Hospital Bed Attainment Rates and the Density of Healthcare Professionals in Japan: A Nationwide Ecological Study**

SUGIMURA, K., KOBAYASHI, T. ET SAIJO, Y.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6760253

In Japan, the "Regional Healthcare Plan" aims to optimize the allocation of hospital beds based on projected healthcare demand. However, many regions fail to achieve the recommended bed attainment rates, suggesting that factors beyond demand, particularly healthcare workforce supply, may influence regional disparities. Methods: We conducted a nationwide cross-sectional ecological study using publicly available data. The unit of analysis was the secondary medical field. Hospital bed attainment rates were calculated as the ratio of actual to required beds and were categorized into three groups for each bed function. Group comparisons were performed using the Kruskal-Wallis test with Bonferroni correction, and associations were assessed using Spearman's rank correlation coefficients. Results: Bed attainment rates varied widely across regions, particularly for intensive and acute care beds. High total bed attainment rates were associated with a high density of nonphysician professionals, including nurses and rehabilitation staff. Intensive care bed attainment rates were positively associated with physicians and pharmacists. By contrast, acute care bed attainment rates were negatively correlated with physician and pharmacist densities. Inpatient rehabilitation

and chronic care bed attainment rates were positively associated with the density of multiple nonphysician professionals, such as therapists, dietitians, and care workers. Conclusion: The relation between hospital bed attainment rates and healthcare workforce density varies substantially according to bed function. These findings suggest that effective regional healthcare planning should incorporate not only projected demand but also the composition and distribution of the healthcare workforce to avoid mismatches between bed capacity and service delivery.

► **Se faire opérer loin de chez soi : les configurations sociales et spatiales de la distance aux soins de chirurgie**

YSEBAERT, R., VALLEE, J., GIRAUD, T., *et al.*

2025

Atlas social de la France : En ligne

<https://shs.hal.science/halshs-05630769v1/file/atlassocialdefrance-1313-1.pdf>

Cinq millions de personnes ont été hospitalisées pour chirurgie en France en 2019. Pour près de 40 % d'entre elles, les lieux d'hospitalisation sont situés à moins de 6 km de leur domicile, sans différence notable entre les populations des territoires riches ou pauvres. Mais les inégalités se creusent lorsqu'il faut se déplacer sur des distances plus importantes : les opérations éloignées de plus de 30 km du domicile concernent ainsi près d'un quart des patient-es des territoires pauvres, contre à peine 4 % des patient-es des territoires riches (tiré du site).

Handicap

Disability

► **Handicaps et autonomies : Actes du XIX^e colloque national de démographie**

CORDAZZO, P., DEJOUX, V. ET EBERSOLD, S.

2026

Pessac, CUDEP.

Ce colloque invitait à échanger sur le thème du handicap et de l'autonomie des personnes en situation de handicap et de l'autonomie des personnes en situation

de handicap. Dans un premier temps, les participants étaient conviés à discuter des concepts de handicap et d'autonomie, des critères pertinents pour en rendre compte, de la représentativité et de la robustesse des sources et données existantes. Ils étaient ensuite successivement invités à traiter : de l'effectivité de l'inclusion sociale des personnes atteintes de handicaps; des répercussions du soutien aux personnes handicapées sur les conditions de vie et les comportements de

ces personnes, d'une part, des leurs aidants proches, d'autre part ; des modalités de l'avance en âge des personnes atteintes d'un handicap et de l'ajustement des politiques publiques et de la société. Une dernière séance proposait aux participants de questionner les notions de mobilités et d'immobilité : mesure, incidence pour les personnes, évolution des politiques publiques. Cet ouvrage rend compte des textes présentés lors de ce colloque (d'après la 4^e de couv.) Identification des personnes avec des limitations motrices et organiques à partir de la consommation de soins L'intérêt du Système national des données de santé (SNDS) pour étudier les parcours de soins et la mortalité de populations en situation de handicap Conséquences de la sclérose en plaques sur le taux d'emploi et la diminution des ressources

► **L'intérêt du Système national des données de santé (SNDS) pour étudier les parcours de soins et la mortalité de populations en situation de handicap**

DUCHAINE, F., ESPAGNACQ, M. ET CORDAZZO, P.
2026

In : [Handicaps et autonomies : Actes du XIX^e colloque national de démographie.] Pessac, CUDEP :

L'objectif de cet article était de montrer l'intérêt du SNDS pour étudier des populations présentant des pathologies spécifiques, en prenant l'exemple de la lésion médullaire. Le principe de l'algorithme, basé sur l'utilisation des codes CIM-10, permet une déclinaison internationale du repérage de la lésion médullaire, selon les données disponibles. L'utilisation du SNDS présente néanmoins quelques limites. La première est qu'il s'agit de données administratives qui nécessitent un nettoyage ainsi qu'une bonne connaissance de l'organisation des bases et des variables disponibles. Le SNDS constitue une source intéressante pour mener des études sur des populations spécifiques et leurs trajectoires de santé.

► **Identification des personnes avec des limitations motrices et organiques à partir de la consommation de soins**

ESPAGNACQ, M., SERMET, C. ET REGAERT, C.
2026

In : [Handicaps et autonomies : Actes du XIX^e colloque national de démographie.] Pessac, CUDEP

Ce travail vise à déterminer dans quelle mesure il est

possible d'identifier des personnes présentant un handicap probable associé à des limitations motrices ou organiques. Il s'agit notamment de valider la méthodologie développée pour cette identification, reposant sur la recherche de traceurs, leur suivi sur plusieurs années, ainsi que la création de tables de correspondance entre les différentes sources d'informations disponibles. Cette première étape a permis de montrer qu'il est possible d'estimer une population présentant des limitations motrices à partir des données du SNDS. Ces résultats justifient ainsi la mise en œuvre de la deuxième étape du projet. Celle-ci portera notamment sur une analyse approfondie des nomenclatures utilisées et leur validation par des experts issus de différentes disciplines, ainsi que sur l'amélioration des comparaisons avec d'autres sources de données.

► **Cancer et handicap psychique : Analyse documentaire sur les liens que les personnes concernées par le handicap psychique entretiennent avec le cancer. Dossier documentaire**

FONDATION INTERNATIONALE DE LA RECHERCHE
APPLIQUÉE SUR LE HANDICAP
2025

Paris, F.I.R.A.H.

<https://www.firah.org/upload/l-appel-a-projets/projets-laureats/2020/sante/cancer-et-handicap-psy/dossier-documentaire-n-50.pdf>

L'objectif de ce dossier documentaire est de dresser un panorama indiquant et décrivant les recherches sur les liens que les personnes concernées par le handicap psychique entretiennent avec le cancer.

Hospital

► **Les établissements de santé en 2024 – édition 2026**

BOISGUERIN, B. ET BARA, W.

2026

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/260520-Etablissements-de-sant%C3%A9-en-2024>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie l'intégralité de son panorama annuel sur les établissements de santé. Dans son format usuel, cette nouvelle édition détaille, pour l'année 2024, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, les personnels hospitaliers et leur rémunération. Des fiches proposent des éclairages particuliers sur les grandes disciplines hospitalières, sur des activités spécifiques tels les soins critiques ou encore sur les établissements des Drom. La publication de l'intégralité de l'ouvrage a été précédée par la diffusion de six de ces fiches au mois de mai 2026, dont celles sur la situation économique et financières des hôpitaux publics et des cliniques privées, mais aussi sur les maternités, les accouchements et les interruptions volontaires de grossesses (IVG).

► **Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Responsabilité populationnelle (RP) : la difficile articulation de deux expérimentations visant à promouvoir des actions de santé coordonnées : Enquête de terrain sur la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

BOURGEOIS, E.

2026

Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes ; 604)

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/604-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep-et-responsabilite-populationnelle-rp.pdf>

L'expérimentation d'« Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) a été lancée en 2018 par le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)

pour 2018, qui ouvre la possibilité de mettre en place des expérimentations dérogatoires aux règles tarifaires de droit commun. L'expérimentation Ipep teste un nouveau modèle de financement collectif visant à inciter les acteurs de santé exerçant dans différents secteurs à se coordonner pour améliorer la prise en charge de la santé d'une population à l'échelle d'un territoire. Elle a rassemblé une trentaine de projets aux caractéristiques différentes : 16 projets Ipep ont été portés exclusivement par des groupements libéraux (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)), 10 projets par des entités hospitalières, dont l'un est mixte (CPTS-hôpital), et 3 projets par des centres de santé (CDS). Le présent rapport s'intéresse plus spécifiquement à la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui avaient pour particularité d'être tous engagés en parallèle dans une autre expérimentation dénommée « Responsabilité populationnelle » (RP). Cette dernière, pilotée par la Fédération hospitalière de France (FHF) sur un calendrier assez similaire à celui de l'expérimentation Ipep, visait à implanter un modèle de coopération territoriale entre des acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers. Cette configuration permettait d'étudier les conditions de l'introduction du modèle économique Ipep dans des groupements en train de déployer un nouveau type d'organisation, et d'explorer les conditions, les usages et les effets de ces financements, à la fois sur l'organisation des soins et sur les pratiques des professionnels. Cette étude montre que si les deux expérimentations Ipep et RP se rejoignent sur l'objectif d'améliorer la coordination entre professionnels de santé sur un territoire, des différences importantes dans leurs démarches respectives les ont conduites à se côtoyer sans dialoguer dans le cadre expérimental national Ipep. Alors qu'Ipep s'appuie sur un modèle économique qui donne une place centrale au médecin traitant, l'expérimentation RP se déploie à partir de l'hôpital, et vise à générer des économies à long terme grâce à une meilleure structuration des coopérations ville-hôpital, en s'appuyant à la fois sur des dispositifs préexistants et émergents. Or l'expérimentation RP ne s'est pas ajustée aux besoins du modèle économique Ipep. Les financements reçus dans ce cadre jusqu'en 2024 ont permis aux groupements hospitaliers concernés de déployer l'expérimentation RP. Depuis, celle-ci

se poursuit indépendamment d'Ipep, avec le soutien des agences régionales de santé (ARS).

► **Panorama des ORU 2026 : Activité des structures de médecine d'urgence**

FÉDÉRATION DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX
DES URGENCES

2026

Paris, F.E.D.O.R.U.

<https://fedoru.fr/fiche-publications/panorama-2025-activite-des-services-de-medecine-durgence/>

Le Panorama de la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fédoru) a pour objectif de fournir une analyse précoce et détaillée de l'activité des structures de médecine d'urgence pour l'année écoulée. Il repose sur les Résumés de passages aux urgences (RPU) transmis quotidiennement par les établissements sièges de structures d'urgence aux concentrateurs régionaux.

► **Vers une réforme du financement hospitalier fondée sur la valeur : enjeux et perspectives pour la France**

OR, Z.

2026

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine
210(6): 769-774.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2026.03.014>

Le modèle français de tarification à l'activité (T2A), instauré en 2005 pour renforcer l'efficacité et la transparence du financement hospitalier, révèle aujourd'hui ses limites. Il favorise la surproduction d'actes, engendre une complexité croissante dans la gestion, et intègre insuffisamment la qualité des soins. Cet article examine les effets pervers du modèle actuel et identifie les leviers clés pour en améliorer la performance. Il plaide pour une réorientation stratégique : recentrer les tarifs sur des soins pertinents et de qualité, et permettre une gouvernance plus locale du financement afin de mieux reconnaître et valoriser les efforts des professionnels de santé et des établissements. En s'appuyant sur des modèles internationaux de financement fondés sur la valeur, conçus pour aligner les incitations financières sur la qualité, la pertinence et les résultats des soins, l'article propose de repenser le financement hospitalier en France autour de modèles hybrides conciliant activité et qualité. Ces modèles ont en commun l'utilisation d'indicateurs de qualité transparents, associés

à des objectifs d'amélioration bien définis. Ainsi, toute réforme durable doit commencer par une définition partagée de ce que constitue une prise en charge de qualité et pertinente, qui servira de base à la conception de mécanismes de financement efficaces. Since its introduction in 2005, France's activity-based hospital payment model (T2A) has aimed to improve efficiency and transparency in healthcare financing. However, it now faces growing criticism for encouraging excessive service provision, increasing administrative complexity, and failing to adequately account for care quality. This article explores the unintended consequences of the current model and identifies key levers for improving its performance. It argues for a strategic shift: refocusing tariffs on high-value, appropriate care and enabling more localized governance of payment to better recognize and reward the efforts of care providers. Drawing on international value-based payment models which align financial incentives with care quality, relevance, and patient outcomes, the article proposes a hybrid approach for France. The common feature of all these models is to rely on transparent quality indicators and well-defined improvement targets. Therefore, any sustainable reform must begin with a shared definition of what constitutes high-quality and appropriate care, serving as the foundation for designing effective financing mechanisms.

► **Persistent Public–Private Disparities in In-Hospital Cancer Case Fatality across Two Decades: A Nationwide Analysis of 1.5 million Hospitalisations in Chile, 2003–2024**

TARAMASCO, C., ACUNA-HINOJOSA, J.C., SAN MARTIN BARRERA, N., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=7018687

Chile's segmented health system covers most people through the public fund (FONASA) and a wealthier minority through private insurers (ISAPRE). Whether in-hospital cancer case fatality differs by insurer across tumour sites, and whether any gap narrowed across two decades of major reform, is unknown. Methods: We analysed all Chilean hospital-discharge records (DEIS, 2003–2024) with a principal cancer diagnosis (ICD-10 C00–C97); the outcome was observed in-hospital death. FONASA was compared with ISAPRE by multivariable logistic regression adjusted for age, sex,

tumour site, and period, with an insurer-by-period interaction, age-standardised case fatality, an E-value, pre-specified sensitivity analyses, and a parallel analysis by establishment ownership. Findings: Of 1,508,033 hospitalisations covered by FONASA or ISAPRE, 77,116 ended in death (case fatality 5.11%). Age-standardised case fatality was 5.47% versus 3.72%. The gap persisted after case-mix adjustment (adjusted odds ratio [OR] for ISAPRE vs FONASA 0.634, 95% CI 0.621–0.647) and was essentially unchanged excluding COVID-19 years (0.633) or restricted to 2019–2024 (0.673), narrowing only marginally. Unadjusted site-specific ORs were

heterogeneous—largest for thyroid (0.22), prostate (0.37), and lung (0.49; case fatality 14.96%)—but null or reversed for ovary (1.08) and lymphoid leukaemia (1.16). Establishment ownership gave a comparable estimate (0.682); the E-value was 2.53. Interpretation: Publicly insured patients have had roughly 1.5–2 times the in-hospital cancer case fatality of privately insured patients for two decades, unexplained by measured case-mix and not closed by coverage reforms. Because in-hospital death is a partial outcome and stage was unmeasured (E-value 2.53), this is an inequity signal, not a measure of care quality.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► Sex Differences in Socioeconomic Inequalities in Diabetes Prevalence Across 30 European Countries: A Sex-Stratified Multi-Dimensional Analysis of the WHO Health Inequality Data Repository

GUO, L., SHIHUA, N., HANGHAO, M., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6883102

Background: Diabetes disproportionately burdens socioeconomically disadvantaged populations, yet whether this inequality differs by sex across Europe remains poorly characterised. We quantified sex-stratified diabetes inequality across 30 European countries. Methods: We analysed WHO Health Inequality Data Repository (HIDR) Eurostat data (2014 and 2019; $n = 30$ countries). Absolute inequality was measured using the concentration index D . Sex differences were tested with paired Wilcoxon signed-rank tests and quantified using Hodges-Lehmann estimators. Cross-dimensional consistency was assessed with Spearman rank correlations. Ecological regression examined GDP, Gini coefficient, female employment, and obesity prevalence as predictors. Findings: In 2019, female D exceeded male D in 20 of 30 countries for economic inequality (median: 7.4 pp [IQR 5.5–9.3] vs 5.4 pp [IQR 3.8–7.1]; Hodges-Lehmann 1.70 pp; rank-biserial $r = 0.557$ [large]; $p = 0.007$) and in 28 of 30 countries for education (Hodges-Lehmann 2.80 pp; $r = 0.897$; $p < 0.001$). No significant sex differ-

ence was observed for place of residence ($p = 0.608$). Cross-dimensional consistency was confirmed by positive Spearman correlations between economic, education, and age dimensions ($r = 0.51$ – 0.52 ; BH-adjusted $p < 0.05$). Eastern European countries had the highest female economic D (median 10.2 pp). GDP per capita was the only significant ecological predictor (WLS $R^2 = 35.2\%$; $\beta = -2.35$ per log-unit, $p < 0.001$). Interpretation: Women in lower socioeconomic positions bear a disproportionate diabetes burden across Europe, concentrated in Eastern Europe. Sex differences are consistent across economic and education dimensions. Gender-sensitive interventions are needed.

► GLP-1 Therapy and the Reshaping of Socioeconomic Gradients in Health

MONTANO-CAMPOS, J.P., TYSINGER, B., GOLDMAN, B., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35296

<https://www.nber.org/papers/w35296>

GLP-1 therapies for obesity promise substantial health improvements, but little is known about how their benefits vary across socioeconomic and demographic groups. Using a nationally representative microsimulation model of US adults and Shapely-value decomposition, we estimate the lifetime health and economic benefits of GLP-1 treatment and examine how those gains vary across individuals. The largest differences

emerge across education. Individuals with less than a high school education experience roughly 14% higher gains in lifetime net social value, 16-17% larger improvements in discounted generalized risk- and severity-adjusted life-years (GRASA-QALYs), and 20% greater increases in life expectancy relative to the cohort mean, whereas individuals with college degrees experience gains 15-27% below the mean across these outcomes. Black and Hispanic individuals also tend to experience larger improvements in health outcomes and social value than White individuals, including larger gains in GRASA-QALYs and life expectancy and larger reductions in diabetes risk and duration. Females likewise experience larger predicted treatment gains than men. These patterns are consistent with the idea that the largest gains arise among populations facing greater socioeconomic constraints in sustaining behavioral weight control. GLP-1 innovation may therefore mitigate inequality in obesity-related disease and survival, advancing equity in population health.

► **Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement**

LE MER, H., NAOURI, D. ET VARNIER, R.

2026

Études et Résultats (Drees) (1374)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/ER1374_Incidence_cancer_0.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une nouvelle étude sur les liens entre le niveau de vie et l'incidence des cancers. Élaborée à partir des données de l'Assurance maladie appariées à celles de l'échantillon démographique permanent de l'Insee, cette étude documente pour la première fois en France les inégalités sociales d'incidence et de gravité de cancer à l'échelle individuelle sur un large ensemble de localisations cancéreuses. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes à l'origine des inégalités sociales face au cancer.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Perimed 2025 : Étude des médicaments PERImés et du gaspillage MEDicamenteux**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ.

2026

Saint-Denis, A.N.S.M.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/20260624-perimed-étude-2025.pdf>

Chaque année, 7 675 tonnes de médicaments non utilisés (MNU) sont rapportées en pharmacie en France puis collectés par l'éco-organisme Cyclamed pour être incinérés et valorisés. Pour mieux comprendre les comportements et agir plus efficacement, l'ANSM et l'Assurance maladie, en partenariat avec Cyclamed, ont conduit l'étude Perimed, première analyse statistique portant sur la nature, la composition et les causes supposées du non-usage des médicaments en France. Les résultats observés ouvrent des pistes d'actions concrètes, au service du bon usage des médicaments, de la soutenabilité du système de santé et de la transition écologique.

► **Déprescription et santé durable : enseignements d'une journée interdisciplinaire**

BRUNN, M., NOUGUEZ, E., STAHL, E., *et al.*

2026

Santé Publique 38(2): 153-159.

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2026-2-page-153?lang=fr&tab=texte-integral>

La déprescription, entendue comme la réduction ou l'arrêt de médicaments inappropriés dans un objectif de qualité des soins, s'impose aujourd'hui comme un enjeu de santé publique majeur. Longtemps guidée par des considérations cliniques et économiques, elle intègre désormais une dimension environnementale croissante, liée notamment à l'empreinte écologique du cycle de vie des médicaments. Cet article présente une synthèse des enseignements issus d'une journée d'étude interdisciplinaire organisée à Sciences Po en décembre 2024, réunissant chercheurs, cliniciens, représentants institutionnels et acteurs du système

de santé. Les discussions ont montré que la France reste un pays à forte consommation médicamenteuse, exposant les patients à des risques d'iatrogénie et générant des impacts environnementaux significatifs. Les intervenants ont souligné l'existence d'initiatives internationales structurées de déprescription, dont la transposition nécessite une adaptation au système de santé français. Malgré des efforts institutionnels portés par l'Assurance maladie, la HAS, l'ANSM ou les Omedit, différents obstacles persistent : manque de données consolidées, culture prescriptive ancrée, contraintes organisationnelles et attentes ambivalentes des patients. Des leviers d'action ont été identifiés, tels que la valorisation du travail de réévaluation, le développement d'outils d'aide à la décision acceptables pour les professionnels, les dynamiques territoriales pluri-professionnelles et l'implication active des patients. Le cas des psychotropes illustre particulièrement la complexité de la déprescription. Au-delà des approches existantes, une stratégie nationale structurée apparaît nécessaire pour inscrire la déprescription dans une perspective de santé durable, articulant qualité des soins, équité et transition écologique.

► **Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024)**

CADILLAC, M. ET MAUGENDRE, E.
2026

Dossiers de la Drees (139)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/DD139_M%C3%A9dicaments.pdf

Cette étude est consacrée à l'analyse des évolutions des dépenses de médicaments remboursables en officine de ville et à l'hôpital entre 2016 et 2024. Après une décennie de stabilité, les dépenses repartent à la hausse. Les remises versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie atténuent cette progression au global, mais la hausse demeure toutefois soutenue pour les médicaments onéreux et innovants prescrits à l'hôpital, notamment en oncologie.

► **Observatoire Européen des délais d'accès aux médicaments : Comparaison en Allemagne, Angleterre, Espagne et France. Édition 2026**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2026

Paris, C.N.A.M. (Comparaisons internationales ; 6)

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-comparaisons-internationales-delai-acces-medicaments>

L'édition 2026 de l'Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments, publiée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie en partenariat avec la Haute Autorité de santé, analyse les délais d'accès à des traitements innovants dans quatre pays : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne et la France. Elle porte sur un échantillon de 72 médicaments apportant un progrès thérapeutique et destinés principalement à des patients atteints de maladies graves. L'étude compare les différentes étapes d'accès aux médicaments, de l'évaluation à la mise à disposition effective, en distinguant les procédures de droit commun et les dispositifs d'accès dérogatoire. Son objectif est de mesurer les écarts entre pays, d'identifier les facteurs influençant les délais et de mettre en évidence les spécificités des systèmes nationaux. Cette édition fournit ainsi des indicateurs comparatifs utiles pour éclairer les politiques de santé et améliorer l'accès rapide aux innovations thérapeutiques en Europe.

► **Health Care Reform and Firm Dynamics: Evidence from Medicare Part D and the Retail Pharmacy Industry**

CHURCHILL, B.F., CISNEROS, G. ET MARQUARDT, K.R.
2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35380

<https://www.nber.org/papers/w35380>

Health care reforms are often enacted before implementation, creating uncertainty that can shape firms' decisions. We examine how Medicare Part D affected the retail pharmacy industry using 2000-2009 establishment-level data, leveraging the fact that Part D disproportionately affected counties with larger elderly populations. Consistent with predictions from a conceptual model in which pre-implementation uncertainty discourages entry and lower post-implementation margins prevent full recovery, we find that Part D was associated with a 5-percent reduction in pharmacies, driven by fewer openings rather than more closures. We also find suggestive evidence that reduced pharmacy access dampened Part D's mortality benefits.

► **Revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital**

CUNEO, P., MARIANI, L., VIOSSAT, L., *et al.*
2025

Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/revue-de-depenses-sur-les-prescriptions-en-ville-et-lhopital>

Ce rapport conjoint de l'Igas et de l'IGF dresse un panorama des dépenses de santé qui sont liées aux prescriptions médicales. Le rapport se concentre sur les dépenses de médicaments, prescrits par les médecins de ville et les médecins hospitaliers lorsque les prescriptions sont exécutées en ville et sur les dépenses liées au dispositif dérogatoire de la liste en sus à l'hôpi-

tal (médicaments et dispositifs médicaux pris en charge hors budget des établissements de santé) et sur les dépenses de remboursement des actes paramédicaux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes). Le rapport met en évidence que la France a progressé dans la maîtrise de sa consommation de médicaments et pointe que la dynamique de dépense concerne prioritairement, en ville les médicaments onéreux et, à l'hôpital, les prescriptions de la liste en sus et les prescriptions exécutées en ville. Le rapport dresse aussi un état des lieux des mesures de maîtrise médicalisée portées principalement par l'Assurance maladie et formule des recommandations pour en renforcer l'efficacité et favoriser la pertinence des prescriptions.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **Beyond Mortality and Morbidity: Positioning Functioning as a Third Dimension of Population Health**

COLLINS, A.J., ZIADE, N., KLEINITZ, P., *et al.*
2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6868079

Global health measurement frameworks are built around two dimensions of population health — mortality and morbidity — but neither captures how people function in daily life. As populations age and survival from chronic disease, injury, and multimorbidity improves, health systems are increasingly judged on outcomes these frameworks do not measure. Functioning — whether people can see, hear, move, work, care for their families, and participate in their communities — represents the lived outcome health systems aim to optimise. It is distinct from disability prevalence, rehabilitation service indicators, and disability-adjusted life years. The tools and instruments to measure functioning exist and are already in use across multiple countries; what is missing is integration into population-level accountability frameworks. A functioning reporting architecture grounded in the International Classification of Functioning, Disability and Health, built around standardised domains, could

enable comparability across existing instruments without requiring a single mandated tool — providing a practical and timely pathway forward.

► **A vignette-based approach to stakeholder-based health need elicitation: Overcoming methodological heterogeneity and capturing implicit needs**

INTEGLIA, D. ET MARRA, A.

2026

New York, arXiv

<https://osf.io/download/6a045ec6114220a21ebcbd89/>

Stakeholder-based health need elicitation is a critical component of health needs assessment, yet commonly relies on direct questioning methods (interviews, focus groups, and surveys) that yield heterogeneous and experience-driven responses, limiting comparability and decision relevance. This paper reviews the existing literature on stakeholder elicitation methods in health need research, identifies their principal methodological limitations, and proposes a vignette-based approach designed to standardize the elicitation context and reduce bias associated with individually salient experiences. By presenting stakeholders with realistic, contextually grounded scenarios, the method facilitates the emergence of both explicit and implicit

needs while improving the comparability of responses across participants. The approach is adaptable to different stakeholder groups through tailored vignette structures and questioning strategies, ranging from open-ended exploration to structured decision-making prompts. The integration of voice response collection further enables the analysis of paralinguistic cues (tone, hesitation, and affective markers), enhancing the interpretive depth of the analysis and facilitating the identification of high priority but under-reported needs.

► **Phase-Coupled Stochastic Cost Process:
A Self-Modifying Point Process
Framework for Individualized Health
Insurance Cost Projection**

ZHANG, S.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6732100

This paper introduces the Phase-Coupled Stochastic Cost Process (PCSCP), a self-modifying compound Poisson process for projecting individualized annual healthcare costs across insurance plan designs. Unlike conventional actuarial models that treat cost-shar-

ing structure as a fixed parameter, PCSCP couples the event intensity function $\lambda(t)$ to the process's own accumulated cost $A(t)$ through the insurance benefit structure function ϕ , creating endogenous feedback between plan design and healthcare utilization. The framework incorporates a RAND-calibrated utilization multiplier $U(s) = (1 - 0.403 \cdot s^{0.294}) (1 - 0.403 \cdot s_{ref}^{0.294})$ fitted to published RAND Health Insurance Experiment data ($R^2 > 0.99$), a time-varying income-stratified elasticity coefficient $\eta(m, l) = \eta_0 \cdot (1 + \tau \cdot (m-1)/11) \cdot (\bar{l}/l)^{\alpha}$ capturing within-year learning and socioeconomic gradient effects, and a behavioral equilibrium fixed-point equation $\lambda^* = \lambda_0 \cdot U(\phi(A + \lambda^* \cdot \bar{c}))$ whose solutions characterize self-consistent utilization states. PCSCP exhibits three properties not present in standard models: (a) history-dependent intensity through accumulated cost feedback, (b) potential bistability near insurance phase boundaries predicting utilization hysteresis, and (c) plan-dependent tail risk modification quantified by the Tail Risk Amplification Factor (TRAF). Validation against five published empirical benchmarks from the RAND HIE, MEPS, KFF, and CMS achieves Mean Absolute Percentage Error below 20% on all directly comparable benchmarks. The framework is implemented as a production system processing real CMS marketplace plan data and serving individualized projections.

Politique de santé

Health Policy

► **Advancing a System-Level Value
Imperative through the Strategic
Re-Centering of Palliative Care
to the Ambulatory Setting**

BERGER, J.T.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6968052

Health systems in the United States face increasing financial stressors making it likely that both governmental and private health entities will assert a value imperative. In anticipation, health systems should leverage, reconfigure and strategically expand its palliative care programs as palliative care intensely

focuses on achievable health care outcomes that are valuable to the patient. This paper proposes a novel architecture for system-level palliative care integration. Comprehensive and strategically developed palliative care programs centered in ambulatory settings and viewed as a population health infrastructure, hold the potential to meet the needs of seriously ill patients, and improve value.

► **Programme d'études et d'enquêtes 2026**

DIRECTION DE LA RECHERCHE - DES ÉTUDES DE
L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

2026

Paris, Drees

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/Programme%20d%27%C3%A9tudes%20et%20d%27enqu%C3%AAtes%202026_0.pdf

Modes de garde des jeunes enfants et organisation des familles, protection de l'enfance, retraite, soutien à l'autonomie, recours aux soins, dépenses de santé, démographie et accessibilité aux professionnels de la santé et du social... Les travaux de la Drees visent à éclairer le débat public sur un large éventail de sujets, au cœur des préoccupations des citoyens. Le programme de travail 2026 reflète cette richesse. Au-delà des enquêtes et publications récurrentes, l'année sera notamment marquée par la publication de plusieurs résultats très attendus sur les personnes sans domicile, le devenir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance ou les aidants.

► Rapport d'activité 2025 de la Drees

DIRECTION DE LA RECHERCHE - DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

2026

Paris, Drees

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/RA_DREES_2025%20ok.pdf

L'année 2025 a été riche en production avec la publication de 8 ouvrages, 50 études et 61 jeux de données. La Drees poursuit sa politique d'ouverture des données, algorithmes et codes sources avec la mise à disposition de 11 codes sources. L'année passée a également été marquée par la collecte et la préparation de nombreuses enquêtes et par d'importants investissements méthodologiques afin d'améliorer de manière continue la qualité des données produites.

► EAPC Atlas of Palliative Care in the European region 2025

GARRALDA-DOMEZAIN, E., TRIPODORO, V.A. ET LING, J.

2025

Pamplona, EUNSA

<https://eapcnet.eu/resources/eapcatlas/>

This study aimed to depict the current situation of palliative health policies, services, emphasising integration into health systems, including paediatric care, professional training programs, access to opioids and essential medicines, research and community empowerment. The ultimate goal was to identify gaps, foster advocacy, and support the inclusion of PC within UHC frameworks and benefits packages.

► Réforme des Agences régionales de santé : construire la proximité. Un échelon départemental renforcé, un pouvoir de dérogation élargi, un socle de services de santé garanti pour toute la population

GRUNY, P., PANTEL, G. ET BRULIN, C.

2026

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r25-657/r25-6571.pdf>

En créant, dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé, le législateur cherchait à pallier une faiblesse ancienne du système français : l'éclatement du pilotage territorial de la santé. Regrouper, à l'échelle régionale, les compétences relatives à l'hôpital, à la médecine de ville, à la prévention et à la veille sanitaire permettaient de substituer à une administration fragmentée un acteur unique, capable de décloisonner les politiques de santé et d'adapter la stratégie nationale aux réalités territoriales. Des progrès réels ont été constatés en la matière. Mais, près de quinze ans après leur création, le bilan est contrasté. La crise Covid-19 a cristallisé avec une intensité particulière les critiques adressées aux ARS : l'éloignement du terrain, l'insuffisante association des élus locaux, l'articulation perfectible avec les préfets, la complexité de la gouvernance, le manque de lisibilité pour les usagers comme pour les professionnels, et la trop faible capacité à corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins. Ces critiques traduisent une tension structurelle au cœur du modèle français de santé territoriale. Les ARS sont à la fois des agences de l'État, des régulateurs régionaux, des interlocuteurs des collectivités, des autorités de planification, des gestionnaires de crise, des financeurs d'actions territoriales et des garants de la qualité et de la sécurité des soins. Plusieurs réformes ont cherché à corriger ces déséquilibres : en renforçant la place des élus locaux dans la gouvernance des ARS, en donnant plus de consistance aux territoires de santé, et en tentant de répondre à la pénurie des soignants et des soins. Les recherches de solution plus récentes ont renforcé le rôle des préfets dans la cohérence de l'action territoriale de l'État, y compris en matière sanitaire et médico-sociale. Les projets gouvernementaux et les débats parlementaires tentent de répondre à une question plus radicale : faut-il seulement améliorer les ARS, ou faut-il transformer leur nature même ? Trois axes majeurs pour une réforme ambitieuse : Se doter d'un échelon départemental renforcé disposant de compétences et de moyens budgétaires dédiés ; Étendre le

pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires afin de permettre une meilleure adaptation aux besoins des territoires ; Bâtir un socle de service minimum auquel chaque habitant peut prétendre.

► **Réflexion prospective pour le système de santé : orientations de mise en œuvre**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2026

Paris, HCSP

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1512>

Par la pluralité et la collégialité de son expertise, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) contribue à l'élaboration de la politique de santé notamment à travers sa mission d'élaboration, de suivi annuel et d'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé (SNS). Dans ce cadre, un groupe de travail ad hoc piloté par la présidente du HCSP et co-piloté par la vice-présidente a été mis en place, regroupant des membres experts du HCSP. Ce groupe de travail s'est appuyé sur les travaux du HCSP relatifs au projet de SNS, et sur des expertises en santé publique réalisées ces dernières années. Il a ainsi élaboré le présent avis à la suite de la réflexion prospective pour le système de santé qu'il a menée et a fait des propositions d'orientations pour sa mise en œuvre. Cet avis reprend ainsi, sous la forme d'une synthèse organisée selon les quatre axes suivants, les recommandations détaillées dans les avis et rapports du HCSP : Accessibilité, sécurité et pertinence du système de santé ; Démocratie participative en santé ; Prévention et promotion de la santé à tous les âges ; Gouvernance, acteurs et pilotage : stratégie nationale et déclinaison territoriale. Pour chacun de ces axes, sont rappelés les objectifs, les leviers et les orientations qui pourraient contribuer à la mise en œuvre de ces recommandations dans un cadre pluriannuel.

► **Valuing a reduction in the risk of non-fatal cancer : A large-scale multi-country stated preference approach**

HERRERA-ARAUJO, D., ANDERSSON, H., DUSSAUX, D., *et al.*

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Environment Working Papers
274

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/05/valuing-a-reduction-in-the-risk-of-non-fatal-cancer_a1179ed0/0345660e-en.pdf

Cancer can result from exposure to various environmental contaminants and chemicals, including heavy metals, pesticides and pathogens. In addition to the risk of mortality, cancer can also lead to non-fatal health effects that degrade patients' quality of life. However, no comprehensive study to-date has assessed the morbidity burden of cancer, making it difficult to quantify its true economic impact. This paper seeks to fill that gap. It presents findings from a new stated preference study examining individuals' willingness-to-pay to avoid the physical, emotional and economic burdens of surviving cancer across 10 countries (Canada, Denmark, Estonia, Japan, Mexico, Norway, Slovenia, Spain, the United Kingdom and the United States). It serves as a component of a broader project on Surveys on Willingness-to-Pay to Avoid Negative Chemicals-Related Health Effects (SWACHE) seeking to establish internationally comparable values for the willingness-to-pay to avoid negative health effects due to chemicals exposure. The findings presented herein can be used in cost-benefit analyses of policies that affect exposure to known or suspected carcinogens, contributing to more effective and equitable public health protection.

► **Analyse du fonds d'intervention régional : actions, doctrine d'emploi, pilotage et gestion par les ARS**

LIDSKY, V., MIRON DE L'ESPINAY, A., COHEN, S., *et al.*
2026

Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/analyse-du-fonds-dintervention-regional-actions-doctrine-demploi-pilotage-et-gestion-par-les-ars>

Le fonds d'intervention régional (Fir), créé comme un outil souple à la main des agences régionales de santé pour soutenir la prévention, l'organisation des soins et le médico-social, a connu une croissance plus rapide que l'ensemble des crédits d'Assurance maladie (Ondam), sans réexamen structurel. Son périmètre s'est élargi, tandis que sa répartition entre régions génère des inégalités de dotation par habitant, peu corrélées aux besoins locaux. La capacité du Fir à soutenir l'innovation et l'adaptation de l'offre de soins est limitée par l'accumulation de dispositifs sans marge d'adaptation territoriale et de financements récurrents. Il est recommandé un recentrage sur les actions émergentes ou nécessitant une régulation territoriale, par

le transfert de certains financements vers les missions hospitalières nationales et l'optimisation de certains moyens. Un renforcement du pilotage national est proposé, (instances dédiées, dialogue annuel, plan d'éva-

luation), ainsi que l'amélioration de la transparence via un rapport au Parlement rénové et l'instauration d'échanges réguliers au niveau territorial, notamment départemental.

Politique publique

Public Policy

► Comment les travaux de recherche peuvent-ils éclairer la décision publique aujourd'hui ?

COUSINEAU, M., DUPAYS, S., FOREST, P.G., *et al.*
2026

Podcast n° 8. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/podcasts/08-comment-les-travaux-de-recherche-peuvent-ils-eclairer-la-decision-publique.mp3>

La place de la science dans le débat public est aujourd'hui de plus en plus contestée : dans plusieurs démocraties, notamment aux États-Unis, le lien entre les connaissances issues de la recherche et les décisions publiques s'affaiblit, dans un contexte global de défiance à l'égard des institutions. Sur des sujets aussi déterminants que la santé, l'environnement ou l'éducation, l'évidence scientifique se trouve parfois mise en concurrence avec des logiques idéologiques ou des intérêts de court terme. En France, ce lien entre recherche et action publique est particulièrement intéressant à interroger dans le domaine de la santé publique : alors que le déficit de la Sécurité sociale a atteint près de 22 milliards d'euros en 2025 et que les inégalités de santé persistent selon le niveau de vie ou le territoire, les défis sont considérables. Dans ce contexte, on peut s'interroger : comment les pouvoirs publics peuvent-ils mieux s'appuyer sur les résultats de la recherche pour éclairer leurs décisions ? Si la science ne peut se substituer à la décision politique, elle permet de mieux comprendre les réalités sociales, d'anticiper les besoins et d'évaluer l'efficacité des politiques publiques. Ce podcast est consacré à cette articulation entre savoir scientifique et action publique, avec quatre invités : Denis Raynaud, économiste et directeur de l'Irdes, Pierre-Gerlier Forest, président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et président du conseil scientifique de l'Irdes, ainsi que deux autres membres du conseil scientifique de l'Irdes : Stéphanie Dupays, inspectrice générale à

l'Igas (l'Inspection générale des affaires sociales), et Mathieu Cousineau, Directeur Gouvernance Mutualiste du Groupe VYV, premier acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France. Les Ehpad, tant du point de vue de leur organisation que de leur financement, permettent-ils de répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des personnes accueillies ? Anne Penneau, économiste à l'Irdes, est interrogée sur cette question d'actualité. Elle a publié plusieurs travaux interrogeant la qualité des soins en Ehpad, dont le dernier en date, co-écrit avec Sylvain Pichetti, Marc Perronnin, et Blandine Juillard-Condat, porte sur l'impact de l'entrée en Ehpad sur la prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines.

Social Policy

► Atlas social de la France

LE GROIX, A., RIBARDIÈRE, A. ET RIVIERE, J.
2025

En ligne

<https://atlas-social-de-france.fr/>

Cet atlas est d'abord un atlas social, son ambition est de rendre compte de la dimension spatiale des hiérarchies et inégalités sociales qui structurent la France contemporaine. Ce projet est né d'une insatisfaction collective face aux visions simplificatrices et caricaturales qui structurent trop souvent le débat public national en matière de géographie : France « périphérique », « des métropoles », des « sous-préfectures », « des pavillons », « des ruralités », « des tours », etc. Notre ambition est donc également politique, au sens où il s'agit de contribuer à ce débat public en y apportant notre expertise académique disciplinaire (tiré du site).

► L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap - Édition 2026

LE CAIGNAC, E.
2026

Paris, Drees (Panoramas de la Drees)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/Panorama%20PAPH_2026_Vue%20d%27ensemble_0.pdf

Cet ouvrage s'intéresse aux tendances nationales, récentes et passées, concernant à la fois les personnes âgées ou handicapées bénéficiaires d'aides sociales, et les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale aux personnes âgées et handicapées sont également présentées. Il décrit en outre les ressources de ces bénéficiaires, leur lieu de résidence et leurs conditions de vie, en s'appuyant sur de nombreuses sources statistiques. Enfin, cet ouvrage présente des éléments sur les établissements accueillant ces personnes âgées ou handicapées, en mobilisant les enquêtes quadriennales que la Drees mène auprès de ces structures. Pour cette édition 2026, seuls les fichiers de données et la vue d'ensemble de l'ouvrage ont été mis à jour.

► L'aide sociale à l'enfance. Édition 2026 : Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées

TARAYOUN, T., ABASSI, E., KEITA, M., *et al.*
2026

Dossiers de la Drees (les)(138)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/DD138_ASE_2026.pdf

Ce dossier consacré à l'aide sociale à l'enfance (ASE), rassemble et synthétise de nombreuses données statistiques disponibles sur le sujet. Il analyse le profil des bénéficiaires, les mesures dont ils font l'objet, ainsi que les dépenses départementales associées. Il met également en évidence les tendances nationales et les disparités départementales. Ce dossier décrit par ailleurs les caractéristiques des jeunes accueillis dans les établissements de l'Ase.

Prevention

► **Rapport d'information sur la prévention en santé**

AESCHLIMANN, M.D., CANALÈS, M. ET SOLLOGOUB, N.

2026

Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2025/r25-789-notice.html>

Face aux risques que la progression des maladies chroniques et le vieillissement démographique font courir sur la soutenabilité de notre système de santé, la prévention et la promotion de la santé constituent des réponses incontournables. Si les pouvoirs publics affichent comme un slogan leur volonté de prendre le « virage préventif », celui-ci tarde à advenir faute d'engagement politique profond, de sorte que l'organisation des soins reste tournée vers le curatif. Les trois rapporteurs de la mission d'information dressent un bilan pour le moins décevant du développement de la prévention en santé en France : si des moyens certains lui sont consacrés, sa mise en œuvre pâtit d'une architecture brouillonne qui dilue les responsabilités et émiette l'action, d'un modèle financier peu lisible globalement inadapté à l'enjeu d'un système plus préventif, et d'une absence de réflexion pour faire évoluer en profondeur son cadre conceptuel, organisationnel et opérationnel. Au terme de leurs travaux, les rapporteurs formulent une série de 29 recommandations pour favoriser la réorientation de notre système de santé vers un modèle plus préventif et incarner ce qui, de l'aveu même de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam), devrait être « la bataille de la décennie ». Les rapporteurs préconisent de refondre la gouvernance de la prévention en l'ouvrant à ses principaux acteurs dans une approche partenariale et ascendante, d'assurer un financement durable et incitatif de la prévention, d'en mobiliser l'ensemble des opérateurs, d'accompagner les assurés pour en faire des acteurs de leur santé et de structurer une offre de prévention accessible tout au long de la vie.

► **Mieux prévenir, mieux dépister et mieux prendre en charge la maladie rénale chronique**BAQUE, S., BENSADON, A.C., DJATAOU, N.Y., *et al.*

2026

Paris, I.G.A.S.

<https://www.igas.gouv.fr/mieux-prevenir-mieux-depister-et-mieux-prendre-en-charge-la-maladie-renale-chronique>

Le rapport de l'Igas dresse un état des lieux de l'ensemble des étapes du parcours de la maladie rénale chronique, de la prévention primaire jusqu'à la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale. Il met en lumière la nécessité d'un renforcement de la prévention, du dépistage précoce et d'une adaptation de l'offre. Ces conditions sont essentielles pour améliorer la prise en charge des patients et limiter les évolutions les plus graves de la maladie. Elles répondent à un autre enjeu majeur : réduire les dépenses d'assurance maladie.

► **Intergenerational transmission of preventive health-seeking behaviors: Like mother, like daughter? The case of cancer screening in France**

DUGORD, C. ET FRANC, C.

2025

Social science & medicine 381: 118148.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118148>

One of the driving forces behind the persistence of social health inequalities is the intergenerational transmission of health, which occurs through both hereditary and environmental factors. Within this second pathway, the literature has primarily focused on the transmission of lifestyle-related health behaviors. This study expands on these mechanisms by focusing on the intergenerational transmission of preventive health-seeking behaviors, specifically cervical and breast cancer screening. We used data from the French E3N-Generations cohorts, which, despite being highly selected, uniquely track several generations of women over a long period. Our analysis draws on surveys conducted at the mothers' level between 1990 and 2014, and on a survey at the daughters' level launched in 2018. We employed conditional mixed process models

to estimate the association between mothers' mammogram use ($n = 6386$) and their daughters' likelihood of regularly undergoing mammograms and Pap smears ($n = 7012$), while controlling for additional explanatory channels such as risk, socioeconomic status, and territorial context. Daughters whose mothers reported mammogram use across all survey waves, compared to none, were 8.4pp [4; 12pp] more likely to have a Pap smear at least every three years, and 17pp [12; 22pp] more likely to have a mammogram every two years, suggesting a transmission of preventive health-seeking behaviors. Thus, interventions aimed at increasing screening rates among women with lower engagement in

► **Information Provision and Demand-Side Barriers to Healthcare Innovation: Experimental Evidence on Shared Medical Appointments in Menopause Care**

GIARDILI, S., HELLER, M., JAIN, S., *et al.*

2026

Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 35357

<https://www.nber.org/papers/w35357>

Alternative care delivery models may offer benefits to patients and providers, but adoption often remains low. We study whether brief narrative testimonials shift willingness to attend virtual shared medical appointments (SMAs), a relatively little-used care format in which 5-15 patients with a shared non-urgent health condition meet simultaneously with a clinician. Using a pre-registered field experiment with over 4,000 women aged 45–60 in the UK, we randomly assigned participants to view only standard descriptive information about menopause appointment options (the control group) or to receive testimonials about SMAs from either previous patients or a clinician (treatment groups). Testimonials more than doubled the share of women choosing an SMA: when appointments were offered with a 6-8 week wait, 11% of the control group chose an SMA compared to 26% in the peer testimonials arm and 24% in the clinician testimonials arm. Shorter waiting times further increase uptake. When the SMA wait was reduced to one week, the share of women ever choosing an SMA rose by 14-19 percentage points across arms, reaching nearly 40% in the testimonial groups. Treatment effects are systematically larger among women with greater information-processing capacity: university education, higher baseline menopause knowledge, and broader information-seeking. Our findings suggest that women's reluctance to

choose SMAs is driven primarily by demand-side barriers, including unfamiliarity and uncertainty about their benefits, rather than deep-seated aversion to group-based care. Testimonials appear sufficient to meaningfully reduce these barriers.

► **Vaccine hesitancy among migrant populations in Europe: A mixed-methods systematic review**

KHUU, E., MOUSSAOUI, S. ET VIGNIER, N.

2025

Vaccine 68: 127954

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X25012526?>

Objectives Among migrants, vaccine uptake is influenced by various factors including interrupted vaccination in origin countries, divergent schedules, and marginalization within host systems. Vaccine hesitancy is shaped by cultural, structural, and experiential factors that differ from native-born populations. This systematic review aims to synthesize qualitative and quantitative evidence on vaccine hesitancy among migrant populations in Europe. Methods Eight databases (PubMed/MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Scopus, CINAHL, Web of Science, ERIC, and Cochrane Library) were searched for primary studies published in English or French between January 2000 and December 2024. References from relevant non-primary studies were hand-searched. This review followed the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for mixed-methods systematic reviews. Eligible studies explored vaccine attitudes among migrant populations in Europe. The quality of included studies was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Data extraction used JBI's Mixed Methods Data Extraction Form, and synthesis followed a convergent integrated approach. Results Forty-six studies were included (20 qualitative and 26 quantitative), most conducted in Western or Northern Europe and examining diverse migrant populations including legal and undocumented individuals. Evidence was synthesized under seven integrated findings: (1) acculturation, (2) distrust in authorities, (3) health literacy, (4) informal information networks, (5) sociocultural determinants, (6) sociodemographic characteristics and (7) vaccine-specific perceptions. No studies were excluded based on quality, but MMAT scores informed interpretation. Conclusion Vaccine hesitancy among migrants in Europe reflects the interplay of origin-country beliefs, host-society norms, and migration-related vulnerabilities, reinforced by gen-

dered constraints, limited health literacy, informal information networks, and persistent institutional mistrust. Addressing these determinants requires culturally responsive, participatory interventions co-designed with migrant communities, tailored to health literacy needs, and attentive to institutional mistrust and gen-

dered constraints. Further research should examine underrepresented groups, the interaction of gender, migration, and trust, and evolving attitudes across generations to guide sustainable confidence-building strategies.

Psychiatry

► Santé et bien-être des collégiens en France : 13 rapports régionaux de l'enquête EnCLASS

CHRISTOPHE, L., CLEMENT, M. ET INGRID, G.
2026

Saint-Maurice, Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/depression-et-anxiete/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-0>

En 2024, la majorité des élèves de collège et de lycée se perçoit en bonne ou en excellente santé (respectivement -4 points et -6 points par rapport à 2022) et perçoit positivement leur vie actuelle (respectivement -2 points et -5 points par rapport à 2022).; 70 % des collégiens et 63 % des lycéens déclarent un bon niveau de bien-être mental (respectivement +11 points et +12 points par rapport à 2022).; 15 % des collégiens et près de 20 % des lycéens déclarent un sentiment de solitude (respectivement -6 points et -7 points par rapport à 2022).; 45 % des collégiens (de 6^e, 5^e et 4^e) rapportent des plaintes psychologiques (-4 points par rapport à 2022). La nervosité est la plainte la plus fréquemment rapportée (32 %), suivie de l'irritabilité (29 %) et du sentiment de déprime (21 %). ; 19 % des élèves de lycée ont un risque important de dépression (+3,5 points par rapport à 2022).; 20 % des lycéens déclarent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (-4 points par rapport à 2022), 15 % avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (+2 points par rapport à 2022), et environ 3 % une tentative ayant donné lieu à une hospitalisation. La santé mentale et le bien-être des élèves se dégradent durant le collège et ne s'améliorent pas au lycée. Globalement, les filles ont une santé mentale moins bonne et un niveau de bien-être moins élevé que les garçons. Entre 2022 et 2024, la santé mentale des élèves suit une évolution contras-

tée. Après une dégradation marquée de l'ensemble des indicateurs entre 2018 et 2022, certains montrent une amélioration, tandis que d'autres confirment leur tendance à la baisse.

► Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED): Identification Of Unmet Health-Related Needs Associated With Psychotic Disorders

CLAESSENS, Z., WENS, Y., STEYFKENS, V., *et al.*
2026

Bruxelles, K.C.E. KCE Reports 418

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2026-04/KCE_418_NEED-Psychotic-Disorders_Report.pdf

The primary objective of this study is to systematically identify and assess the health-related needs of individuals living with a psychotic disorder in Belgium. Specifically, the study aims to: Capture unmet needs across health, healthcare, and social domains as reported by patients themselves or their legal representatives; Explore how these needs vary according to socio-demographic and clinical characteristics, including type of psychotic disorder, time since diagnosis, gender, living situation, and region of residence; and Generate evidence to inform healthcare providers, policymakers, and patient organisations on tailoring services and interventions to better support this population. Ultimately, the study seeks to contribute to a more patient-centred and needs-driven approach in the organisation of health care for individuals living with a psychotic disorder in Belgium.

► **Isolement et contention dans les établissements psychiatriques français : état des lieux de ces pratiques controversées**

GANDRE, C., TOUITOU-BURCKARD, E., COLDEFY, M., *et al.*

2026

The Conversation. En ligne

<https://theconversation.com/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-psychiatriques-francais-etat-des-lieux-de-ces-pratiques-controversees-284602>

Dans les services de psychiatrie, certaines mesures restreignant la liberté des patients, telles que les soins sans consentement, la mise à l'isolement ou la contention à l'aide de sangles, sont autorisées dans un cadre légal strict. Les recherches révèlent toutefois d'importantes différences entre établissements dans le recours à ces pratiques. Quelle est la situation en France, alors que le ministère de la santé ambitionne d'en finir avec la contention d'ici à 2030 ?

► **Peer Effects in Adolescent Mental Health**

HADAH, H.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18623

<https://docs.iza.org/dp18623.pdf>

This paper examines peer mental health's influence on adolescents' wellbeing, academic performance, and behavior. Using friends-of-friends as an instrument, I find that a one standard deviation increase in friends' mental unwellness is associated with a 0.67 standard deviation increase in one's own. Peers' therapy participation significantly reduces individual mental unwellness while increasing therapy participation likelihood, highlighting positive spillover effects of interventions. The results reveal significant negative effects of peer mental unwellness on personal mental health, academic achievement, physical health, and risky behavior, confirming that adolescent mental health constitutes a social contagion.

► **How an Unexpected Asylum Seeker Influx Affects Host Residents' Mental Health: Quasi-Experimental Evidence from South Korea**

SHIN, S.

2026

Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 18586

<https://docs.iza.org/dp18586.pdf>

The impact of sudden asylum seeker inflows on host residents' mental health is largely unexplored. The present study addresses this research gap and provides the first causal evidence from the non-Western context by exploiting the unexpected influx of Yemeni asylum seekers to Jeju Island, South Korea. The influx affected the island 'locally' due to its region-specific visa-free entry policy and the host government's immediate restrictions on the asylum seekers' post-arrival cross-region movement off the island. Such a unique combination of entry policy, post-arrival containment, and geographic separation provides a well-defined quasi-experimental setting for causal investigation. Difference-in-differences estimates based on nationally representative, government-collected data suggest that the influx shock worsened host residents' mental health outcomes—with higher depression and anxiety and lower life satisfaction. Furthermore, this study provides the evidence on the possible mechanisms linking the influx to hosts' mental health, revealing heightened public safety worries and diminished trust in government.

► **Protocol for a Delphi consensus study to identify priority characteristics of integrated care for individuals with severe mental illness and comorbid physical disorders in Europe**

TOUITOU-BURCKARD, E., GONDEK, T., ISAYEVA, U., *et al.*

2026

Plos One 21(7): e0352089

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0352089>

Individuals with severe mental illness (SMI) experience persistent and complex physical health needs that remain insufficiently addressed. While integrated care represents a promising solution, there is no consensus among stakeholders regarding what constitutes best-practice organizational models for this population. As part of the European Mental and Physical Health Initiative for People with Severe Mental Disorders (EU-MIND), this study aims to identify expert consensus on the key characteristics of integrated care models for individuals with SMI to support their sustainable implementation across Europe. This study will use an online Delphi process, with up to three rounds, to engage stakeholders from six European countries

(Denmark, Finland, France, Italy, Poland, and Sweden). Participants will include people living with SMI, their relatives, health and care professionals, public decision-makers and institutional actors with relevant experience related to the research topic. A minimum sample size of 33 participants per country will be targeted, with the aim of ensuring balanced representation across the different categories of participants. They will be asked to rate the importance of potential key characteristics of integrated care models using Likert scales. A characteristic will be considered to have reached consensus if more than 70% of the respondents agree on its degree of importance. This study complies with the Delphistar reporting guidelines for Delphi studies and has received ethical approval from the Aix-Marseille University Ethics Committee and the Swedish Ethical Review Authority. This study will provide expert-based guidance on the core characteristics of integrated care for individuals living with SMI. By capturing diverse stakeholder perspectives across countries and health-care systems, it will help define shared priorities and inform future service design, implementation and policy, supporting sustainable and context-sensitive care development in Europe.

► **First implementation of a collaborative care model for common mental disorders in primary care in France: fidelity of care manager intervention matters**

BYOUNES, N., TOUITOU-BURCKARD, E., ROS, E., *et al.*
2026

Bmc Health Services Research 26(800)

<https://doi.org/10.1186/s12913-026-14568-1>

Care for common mental disorders relies on primary care, where they often remain undiagnosed and untreated. The collaborative care model (CoCM) is a team-based approach involving care managers (CMs) who work alongside general practitioners and remote psychiatrists to provide evidence-based mental healthcare. Between 2021 and 2023, a pilot study implemented the CoCM for the first time in France in four primary care practices with nurses with previous professional experience in psychiatry acting as the CMs. As part of the implementation research of this pilot, we analyzed the fidelity of the CM intervention to the original CoCM. We examined CM process of care metrics and explored their association with initial symptom severity and patient outcomes – an aspect rarely addressed in previous international implementation research on the CoCM. Using electronic medical

records, we calculated several fidelity measures for CM intervention, including early intervention (time to first intervention), intensity of care (number of visits and intervention duration) and evidence-based care (type of care provided). We also examined potential variations according to initial symptom severity, in line with a stepped-care approach. Patient outcomes, particularly depression response and remission, were analyzed according to initial symptom severity and fidelity measures. A total of 235 patients were included in the study. Overall, the care provided by CMs aligned with the original CoCM, in terms of early intervention, intensive care, and type of evidence-based care delivered. It was also adjusted according to patients' initial symptom severity, in particular for early intervention, in line with a stepped-care approach. Higher fidelity of the CM intervention to the CoCM – especially shorter time to treatment initiation and number of visits – was associated with better patient outcomes. The CoCM shows promise for improving the treatment of common mental disorders in French primary care within a stepped-care framework. Its extension will require ensuring high fidelity of the CM intervention to the model in real-world settings, as it appears crucial for achieving optimal patient outcomes. These findings also provide useful lessons for other countries implementing the CoCM.

Primary Healthcare**► Managing Excess Demand for Primary Care: Evidence from Online Experiments**

ABRAHAM, D., KRCAL, O. ET STÄBLER, J.

2026

Rochester, S.S.R.N.https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6861921

Primary healthcare systems in many developed countries are under strain, partly due to unrestricted patient demand. In response, policymakers have introduced measures to curb unnecessary GP visits, including (i) instituting a small upfront fee for GP visits, (ii) implementing a self-report based triage system, and (iii) providing more information to patients about their condition before they make an appointment with their GP. We evaluate the effectiveness of these approaches using two online experiments with a representative sample of UK adults. The first experiment involves induced monetary incentives in a laboratory-style study while the second is a health-framed vignette study. We find that while all three interventions are effective in the laboratory study, only the intervention that provides patients with more information about their condition reduces low-priority demand in the vignette study. We discuss implications for policy and for the study of health-related decision-making.

► Evolving Workforce Models in English General Practice: Trends in Consultation Activity and Role Distribution, 2015–2023BELOKHVOSTOVA, D., LAWLESS, A., OPIE-MARTIN, S., *et al.*

2026

Rochester, S.S.R.N.https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6961681

Background: General practice in England is undergoing substantial workforce transformation, driven by rising demand, workforce shortages, and policy efforts to broaden and improve multidisciplinary teamworking. Since 2019, the Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) has supported rapid growth of new clinical and non-clinical roles across Primary Care Networks. However, little is known about how these

changes have affected the distribution of consultation activity across staff roles in general practice. Methods: We conducted a retrospective observational study using CPRD Aurum data from 1,771 English general practices to examine consultation activity between 2015 and 2023. Consultation events were grouped into five staff categories: doctors, nurses, healthcare assistants, healthcare practitioners and ARRS roles. We calculated annual and monthly consultation rates per person-year overall and by deprivation quintile, and used k-means clustering to identify practice-level staffing models. Findings: Over 140 million patient-years were analysed. Consultation rates fell from 2015 to 2019 before rising sharply during and after the COVID-19 pandemic. The share of consultations delivered by doctors shifted from 62% in 2015 to 52% in 2023, offset by growth in ARRS roles from 2% to 14%. Practices in the most deprived areas had the highest share of consultations delivered by GPs in 2015 and the lowest share in 2023, and saw the largest increases in ARRS and nursing activity. Cluster analysis identified five distinct staffing models, each characterised by comparatively high activity by one staff group. Interpretation: In the context of rising demand, primary care workforce diversification is reshaping who delivers care in general practice, with notable variation across socioeconomic contexts. While expanding multidisciplinary teams may improve the capacity of general practice to meet patient's needs overall, the fall in GP-led care in deprived areas raises issues about access to care from a doctor for patients who may need it the most.

► Mission de vérification des activités de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

CHARLOTTIN, F., JACQUEMIN, G. ET GUILLOT DE SUDUIRAUT, L.

2026

Paris, I.G.F.<https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2025/Web%20Dentistes.pdf>

L'Inspection générale des finances (IGF) a conduit, du 29 septembre 2025 au 16 janvier 2026, une mission de vérification de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). L'évaluation a porté sur la gouvernance,

l'organisation et la gestion de l'institution, incluant ses fonctions administratives, financières, immobilières et RH, ainsi que l'exercice de ses missions administratives et juridictionnelles. La mission a également contrôlé le fonctionnement du conseil national et de plusieurs conseils départementaux (Paris, Rhône et Gironde), notamment la gestion des caisses et des moyens de paiement. Le rapport présente les principaux constats et propose des pistes d'amélioration du fonctionnement global de l'ONCD.

► **In Sickness and In Health: Motivating Improved Healthcare Using Holistic Patient Contracts**

CROKE, K., DANIELS, B., LIPINSKI, R., *et al.*
2026

Washington, World Bank World Bank Policy
Research Working Paper 11388

<https://doi.org/10.1596/1813-9450-11388>

This paper examines the impacts of family doctors writing an explicit "care contract" with at-risk patients for increased holistic primary care. The intervention was designed to shift the care relationship between the two parties away from episodic curative care and towards a holistic plan for patient welfare. The experiment tracked healthcare utilization, diagnosis, prescription, hospitalization, and mortality outcomes through the universe of patient records. The program caused increased screening, diagnosis and treatment of chronic health issues among enrolled patients by about 10% across these categories, with suggestive evidence that hospitalization declined by 8%. Among 'mild-risk' patients, the treatment group experienced annual reductions in all-cause mortality of 20%, in an analysis pre-specified as exploratory.

► **Les pharmaciens : Panorama au 1^{er} janvier 2026**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES
PHARMACIENS

2026

Paris, C.N.O.P.

<https://www.calameo.com/read/002449395a895eb14cb66>

Porté par une dynamique engagée depuis trois ans, l'Ordre national des pharmaciens présente les chiffres clés de la démographie 2025 et dresse un état des lieux des actions menées pour soutenir la profession et son attractivité. Avec 75 731 pharmaciens inscrits

au 1^{er} janvier 2026, la profession atteint un niveau record sur la décennie, marquant une progression de 3,2 % en dix ans. Cette croissance s'accompagne d'un rajeunissement notable (36,2 % de moins de 40 ans) et d'une féminisation renforcée (67,6 % de femmes). Les primo-inscriptions sont en hausse (+4 % sur un an), tout comme la part de diplômés à l'étranger (+124,8 % en dix ans), témoignant d'une ouverture et d'une attractivité renouvelées. Cependant, derrière cette dynamique positive, certains signaux appellent à la vigilance : baisse continue du nombre de titulaires d'officine, tensions sur les postes hospitaliers et en biologie médicale (jusqu'à 19,3 % de postes vacants à l'hôpital public), restructuration du réseau officinal et disparités territoriales persistantes. L'Ordre souligne la nécessité d'adapter la formation, de renforcer l'attractivité des territoires et d'accompagner la transformation des modes d'exercice pour garantir une présence pharmaceutique adaptée aux besoins de santé publique sur l'ensemble du territoire.

► **How to increase the supply of primary care services in underserved areas? The impact of the location of multidisciplinary primary care teams on the density of physiotherapists in France**

GALHARRET, Y., VIDEAU, Y. ET MOUSQUÈS, J.
2025

Annals of economics and statistics 158: 125-158.

<https://www.jstor.org/stable/48845131>

France faces both a huge shortage of General Practitioners (GPs) and a geographical imbalance in the distribution of primary healthcare professionals. This study analyses whether establishing Multidisciplinary Primary Care Teams (MPCTs) in areas with limited access to primary care increases the density of physiotherapists (PTs) by attracting and retaining PTs. Our contribution expands the literature on the determinants of primary health care providers' geographical distribution. Utilising a panel data from 2012 to 2022 with a staggered difference-in-differences (DiD) estimation strategy, we compare the evolution of self-employed PTs density in HLAs that experienced the opening of MPCTs to similar areas without MPCTs. The findings indicate that the establishment of MPCTs in the most underserved HLAs, eligible to financial incentives targeting the attraction and retention of PTs, results in an increase in PTs density by more than five PTs per 100,000 inhabitants. This finding suggests

that, in primary care, the promotion of multidisciplinary team practices like French MPCTs, in combination with financial incentives to attract and retain health professionals, improves healthcare workers density in areas with limited access to primary care services.

► **Mission de vérification des activités de l'Ordre des médecins**

GALLEZOT, C., MÉO, A. ET LAFARGUE, L.
2026

Paris, I.G.F.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2025/Web%20M%c3%a9decins.pdf>

Le présent rapport reprend les principales conclusions formulées dans le cadre de la vérification, et propose des recommandations pour réviser le fonctionnement de l'ordre. Il est accompagné de 16 annexes thématiques présentant en détail les contrôles et conclusions de la mission. Les annexes I à VII portent sur l'activité du Cnom et les annexes VIII-A à X-C portent sur l'activité des trois conseils départementaux contrôlés.

► **Incentivising patient pathways in outpatient care : A review of gatekeeping and cost-sharing policies across the OECD**

HAMMERLI, M., MILSTEIN, R. ET MUELLER, M.
2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 196

https://www.oecd.org/en/publications/incentivising-patient-pathways-in-outpatient-care_349dcf1c-en.html

Improving the efficient use of scarce resources is a key priority in many OECD countries to ensure the long-term sustainability of health spending. One option is to address the demand side by incentivising patients' care-seeking behaviour. In this context, gatekeeping – a policy tool through which general practitioners (GPs) or other primary care physicians control access to specialist care, and cost-sharing – arrangements requiring patients to contribute financially to the cost of care, are two instruments frequently discussed. Both policy tools are widely applied across the OECD and may also pursue objectives beyond improving efficiency. Focusing on the outpatient sector, this Working Paper provides a stock take of which OECD countries have these policies in place and how they are designed. It also reviews evidence on how these policies affect

health care spending, efficiency and health outcomes. This is complemented by six country case studies that describe the implementation of gatekeeping and cost-sharing arrangements in detail and identify factors that can influence their impact on health system performance. These include the availability of GPs, how GPs are incentivised to deliver services, and whether patients can bypass gatekeeping pathways.

► **Partenariat en santé et patients partenaires**

HAUT AUTORITÉ DE SANTÉ
2026

Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_4085651/fr/partenariat-en-sante-et-patients-partenaires

Dans un contexte de transformation du système de santé marqué par une attente croissante de participation des patients, la Haute Autorité de santé (HAS) publie un guide consacré aux partenariats en santé et aux patients partenaires. Destiné aux professionnels, aux établissements, aux associations et à l'ensemble des citoyens, ce guide propose un cadre de référence clair et des repères pratiques pour accompagner le déploiement de ces démarches sur le terrain. Il est accompagné d'une synthèse et de quatre fiches illustrant des partenariats inspirants dans la recherche, la formation et l'enseignement, les parcours de soins et l'adaptation de l'offre de soins.

► **Mission de vérification des activités de l'Ordre des pharmaciens**

TEPER, S., CHOUCHENA, D. ET CARRE, F.
2026

Paris, I.G.F.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2025/Web%20Pharmaciens.pdf>

L'Inspection générale des finances (IGF) a mené une mission de vérification de l'activité et du fonctionnement de l'Ordre national des pharmaciens entre septembre 2025 et janvier 2026. L'évaluation a porté sur la gouvernance, l'organisation interne, les missions juridictionnelles et non juridictionnelles, ainsi que sur les fonctions supports centralisées de l'Ordre. Elle a également examiné la gestion budgétaire, comptable, financière, des ressources humaines, des achats et du patrimoine immobilier, ainsi que le fonctionnement

de plusieurs conseils régionaux. Le rapport synthétise les principaux constats et recommandations autour de l'organisation, de la gouvernance et de la gestion des

ressources de l'Ordre, ainsi que de l'exercice de ses missions administratives et disciplinaires.

Systèmes de santé

Health Systems

► Cadre d'évaluation de la performance du système de santé pour le Luxembourg

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/fr/publications/cadre-d-evaluation-de-la-performance-du-systeme-de-sante-pour-le-luxembourg_f61872c5-fr.html

Le cadre d'évaluation de la performance du système de santé (HSPA) pour le Luxembourg est un outil conçu pour suivre la santé de la population et la performance du système de santé, soutenir l'élaboration de politiques et la prise de décisions fondées sur des données probantes, et renforcer l'engagement du public sur des questions clés de politique de santé, telles que la littératie en santé et les soins centrés sur la personne. Ce rapport décrit le cadre de référence HSPA pour le Luxembourg et documente son élaboration à travers un processus inclusif et collaboratif. Il décrit également les indicateurs qui ont été sélectionnés pour alimenter le cadre de référence HSPA du Luxembourg, en détaillant la méthodologie de sélection des indicateurs et l'implication des parties prenantes. En outre, le rapport présente la structure de gouvernance de la HSPA du Luxembourg et identifie des stratégies visant à intégrer ses informations dans l'élaboration des politiques nationales. La mise en œuvre du cadre de référence HSPA pour le Luxembourg renforcera la responsabilisation et la transparence des principales parties prenantes du système de santé, permettra l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et guidera les améliorations stratégiques à l'échelle du système.

► Cluster analysis of non-communicable disease burden, prevention and management across EU27+2 countries

CECCHINI, M., VUIK, S. ET EVERARD, C.

2026

Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 195

<https://doi.org/10.1787/eba334a3-en>

Non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of death and disability in countries across the 27 European Union (EU) Member States, Norway and Iceland (EU27+2) and in the OECD. While all countries are impacted by NCDs, there are substantial cross-country differences in the current burden of NCDs, the contribution of individual risk factors, and the outcomes of prevention and management efforts. Identifying countries with similar NCD profiles, including disease burden, risk exposure and management efforts, can serve as a foundation for meaningful collaboration, employing shared strategies tailored to comparable contexts. The paper finds that countries can be clustered into seven distinct groups of countries within the EU27+2, each with a unique NCD profile. In addition, the remaining 14 OECD countries were grouped, providing a broader international benchmark with corresponding comparative analysis. These clusters can help inform collaborative cross-country work to address shared priorities, for example through mechanisms such as the sharing of best practices in public health and, within the EU, Joint Action Projects and Technical Support Instruments (TSIs).

► Improving quality of care through the OECD Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2026

Paris, O.C.D.E. Policy Brief

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/06/improving-quality-of-care-through-the-oecd-patient-reported-indicator-surveys-paris_e44373d2/2a9d5b13-en.pdf

The OECD Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) demonstrate the value of patient-reported outcomes and experiences in strengthening people-centred primary care. Drawing on evidence from the 19 countries which participated in the first cycle of PaRIS, the report shows how results are already informing reforms in care co-ordination, digital health and quality monitoring. The report highlights key enablers such as early engagement, clear governance, communication planning and sustained investment to integrate patient-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs) into healthcare system performance assessment.

► Europe's Post-COVID Debt Sustainability Discourse, High-End Medical Tourism, and the Political Economy of Pandemic Preparedness: A Comparative Policy Analysis of Germany and Spain

PRADHAN, B.K.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6867899&

This paper investigates how Europe's expansion of high-end medical tourism is reconciled-or not with its commitments to global health security and debt-constrained health spending at home. Drawing on qualitative comparative policy analysis of EU-level documents and the cases of Germany and Spain, the paper applies a four-dimensional analytical framework covering fiscal framing, medical tourism positioning, equity narratives, and coherence or structural silence. Germany's medical tourism sector generates approximately USD 6.7 billion annually-roughly 1.5% of total national healthcare expenditure-while Spain's health tourism market reached USD 3.28 billion in 2024, equivalent to approximately 2.3% of Spanish healthcare expenditure. Yet neither country's global health strategy acknowledges these revenue flows or their interaction with equity commitments. The EU4Health programme (2021-2027), despite its 4.4 billion euro mandate covering health system resilience and pandemic preparedness, contains no work programme action addressing the medical tourism-equity tension across four years

of implementation documents. The paper finds a systematic structural tension between Europe's normative self-presentation as a global health leader and its growing dependence on high-paying international patients to shore up fiscally constrained health systems-a tension managed through institutional compartmentalisation rather than resolved.

► Lessons from a global review of health system resilience

THOMAS, S., FARSACI, L., O'DONOGHUE, C., *et al.*
2026

Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
Policy Brief 81

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32349d94-1704-4ff5-a857-dc13de7df000/content>

This policy brief explores the evolving concept of health system resilience, emphasizing its critical role in managing both acute shocks – such as pandemics, economic crises and conflicts – and chronic stressors like ageing populations and multimorbidity. Building on previous work, it highlights that resilience involves not only responding to shocks but also preparing for, recovering and learning from them. It outlines strategies across governance, financing, resource generation and service delivery, and expands these considering recent global challenges, including COVID-19 and geopolitical tensions. The brief synthesizes conceptual insights and practical approaches to guide policy-makers in strengthening health systems to withstand complex, multilayered crises and ensure equity and sustainability in an increasingly uncertain world. Its sections address two important issues: i) what the current state of knowledge on health system resilience globally is, and ii) taking stock of the existing evidence, what we can do to strengthen health system resilience further.

Travail et santé

Occupational Health

► Estimating Return to Work Following Injury or Disability

ATHANASOU, A.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6623898

This monograph provides an integrated, evidence-based framework for estimating return-to-work outcomes, worklife expectancy and lifetime earnings following injury or disability in Australia. Drawing on the Australian Bureau of Statistics Survey of Disability, Ageing and Carers (2022) and updated actuarial tables, the book documents the persistent educational, vocational and income disadvantages experienced by people with disabilities and outlines their implications for medico-legal assessment. The first chapter synthesises two decades of national data demonstrating the structural nature of disability-related disadvantage across education, labour force participation, occupational access, income and discrimination. The second chapter presents updated Australian worklife expectancy and lifetime earnings calculations by age, sex and disability category, using a transparent three-step actuarial method based on career duration, employment probability and median earnings. The third chapter introduces the Return-to-Work Likelihood Profile, a structured 14-factor assessment tool designed to support consistent, defensible vocational opinions in rehabilitation and legal contexts. Across these sections, the document emphasises that population-level statistics represent mean outcomes and must be interpreted alongside individual medical, psychological, social and labour-market factors. The work is intended as a practical reference for lawyers, insurers, vocational assessors, rehabilitation professionals and researchers seeking a coherent, empirically grounded approach to estimating vocational loss following injury or disability.

► The Disability Employment Paradox? Reconciling trends in disability, health and employment in the UK, 2014-2022

BRYAN, M., BRYCE, A., ROBERTS, J., *et al.*

2026

Sheffield, University of Sheffield Sheffield Economic Research Paper Series 2026004

<https://sheffield.ac.uk/economics/research/serps>

The last decade has seen a significant worsening of health in the UK, driven by an increase in mental health conditions, with a consequent increase in the number of disabled people. At the same time overall employment growth has been strong and the employment rate of disabled people has grown faster than that of non-disabled people. How can we reconcile this apparent paradox of declining health and growing employment? Using detailed observational data for 2014-2022 from a large survey of the UK population we employ counterfactual analysis to explore this puzzle. We present three key findings. First, the rise in the employment rate of disabled people and the narrowing of the disability employment gap (DEG) cannot be attributed to changes in the health of the disabled population. Second, the narrowing of the DEG is predominantly associated with a parallel reduction in the education attainment gap between disabled and non-disabled people. Finally, despite increased employment among disabled people, the growing size of the disabled population has reduced the growth of the overall employment rate. Our work has a number of implications for policy targeted at improving the employment outcomes of disabled people. While the DEG has narrowed, disability prevalence has increased, leading to lower employment rates than would otherwise have prevailed. Hence, there is still a crucial role for the health care sector in improving labour market outcomes and thus overall welfare levels in the UK. Moreover, the interdependence of health and employment status requires joined up health care and labour market policy making.

► Conséquences de la sclérose en plaques sur le taux d'emploi et la diminution des ressources

LERAY, E., ESPAGNACQ, M., REGAERT, C., *et al.*

2026

In : [Handicaps et autonomies : Actes du XIX^e colloque national de démographie.] Pessac, CUDEP

L'objectif de cette étude est d'étudier, à long terme, l'impact de la sclérose en plaques sur le maintien

dans l'emploi, ainsi que sur le niveau des salaires et des revenus. En prenant en compte les revenus de remplacement versés en cas d'arrêt de travail, le rôle du système de protection sociale français sera analysé afin d'estimer dans quelle mesure il permet à ces personnes de maintenir leur niveau de ressources. Enfin, les caractéristiques qui influencent le montant des pensions d'invalidité sont étudiées.

► **Unemployment Insurance Generosity and Healthcare Use: Evidence from Sweden**

PÄÄLLYSAHO, M.

2026

Odense, University of Southern Denmark Discussion Paper Series 059/26

<https://www.rfberlin.com/wp-content/uploads/2026/02/26059.pdf>

Unemployment can worsen health and increase healthcare use, creating fiscal externalities in publicly financed systems. Using Swedish register data on inpatient and outpatient care visits and drug purchases, measured as total costs rather than out-of-pocket payments, this paper estimates the effect of unemployment insurance (UI) generosity on healthcare use. Exploiting benefit caps in a regression kink design, I find no evidence that more generous UI affects healthcare use. Estimates rule out cost effects greater than 0.08 SEK per 1 SEK increase in benefits during the first 40 weeks after spell start. In Sweden's generous welfare state, modest benefit increases do not meaningfully alter the public healthcare costs of unemployment.

Vieillesse

Ageing

► **Sous-indexer les retraites : quels effets et quels enjeux ?**

AUBERT, P., TO, M. ET TOCHEVA, D.

2026

Paris Ipp Rapport I.P.P.

<https://www.ipp.eu/publication/sous-indexer-les-retraites-quels-effets-et-quels-enjeux/>

S'il a longtemps semblé être considéré comme en dehors du champ des mesures envisageables pour équilibrer les régimes de retraite de base, le principe de « sous-indexation » des pensions, c'est-à-dire de revalorisation annuelle inférieure à l'inflation, paraît de plus en plus souvent envisagé, et est défendu par une partie des acteurs du débat public. Nous analysons dans ce chapitre l'un des arguments régulièrement mis en avant pour justifier de telles sous-indexations : leurs effets potentiellement redistributifs compte tenu du niveau de vie moyen des retraités actuels, vu comme relativement favorable en comparaison de celui des actifs. Les auteurs simulent l'impact d'une sous-indexation (appliquée à tous les retraités ou à une partie seulement) sur le niveau de vie, et le comparons aux effets d'une autre mesure habituellement considérée pour équilibrer le système de retraite (hausse des cotisations). L'analyse est menée à la fois en coupe (selon la

position dans l'échelle des niveaux de vie) et par génération. Les auteurs replacent ensuite la question des sous-indexations dans la problématique du pilotage des niveaux de pension, qui doit porter sur l'ensemble de la période de retraite. Nous montrons le caractère fondamental du paramètre de « taux d'annuité » – qui, malgré son importance structurelle pour les régimes en annuités, est aujourd'hui rendu peu visible dans la présentation habituelle des règles de retraite.

► **Private equity investment in long-term care in Europe: Trends, impact and policy options**

COONEY, K., CYLUS, J., RECHEL, B., *et al.*

2026

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

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be06f17d-d1d9-4da5-8975-35c4e2d8dbf0/content>

The increased presence of private equity in European long-term care (LTC) demands a review of current trends, impacts and possible policy options for ensuring safe, high-quality and affordable care. With demand rising alongside private equity interest, it is time to consider how to appropriately regulate the industry.

Some, including those in the industry itself, claim private equity can provide much needed financial support and innovation. Others have raised concerns about its impact on quality, outcomes, cost, employee satisfaction and long-term sustainability. Private equity can make use of extensive capital and generally operates on short time horizons which incentivize quick revenue generation and cost-cutting to a greater extent than more traditional funders and operators. These and other factors have been identified as potentially harmful for resident care. While private equity in LTC has enjoyed more attention from researchers in the last few years, the literature on its effects is still somewhat limited, with little attention paid to experiences and options in Europe. From the evidence that has emerged so far, private equity appears to have mixed to harmful effects on access, costs and quality. To prevent potentially negative impacts, this report highlights potential policy options for regulating private equity investment in European LTC across the private equity lifecycle. Though targeted at LTC, these policy options may also help to prevent and reduce harmful impacts of private equity investment on other subsectors of healthcare.

► **Provision of health services to nursing home residents: Policy options for Europe**

MUNCHENBERG, P.S., RAJAN, D. ET RECHEL, B.
2026

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

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/provision-of-health-services-to-nursing-home-residents-policy-options-for-europe>

This report provides an overview of the provision of health services to nursing home residents in seven European countries: England (United Kingdom), Germany, the Netherlands, Norway, Poland, Spain and Sweden. It aims to identify policy options for strengthening health service provision to nursing home residents.

► **Évolutions et perspectives des retraites en France. Rapport annuel du Cor**

NORTIER-RIBORDY, F., BRETIN, E., BERTEAU-RAPIN, C., *et al.*

2026

Paris, C.O.R.

https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2026-06/RA_2026_def.pdf

Le treizième rapport annuel du Cor actualise les projections de court, moyen et long terme du système de retraite. En comparaison avec le rapport 2025, le rapport 2026 repose sur de nouvelles hypothèses démographiques de l'Insee, intégrant une baisse plus marquée de la fécondité (1,45 enfant par femme à partir de 2028), une hausse du solde migratoire (+150 000 par an dès 2026) et des gains d'espérance de vie de légèrement revus à la baisse. Cette actualisation vise à réévaluer les perspectives financières du système de retraite et mettre en évidence leur forte dépendance aux évolutions démographiques.

► **Long-term care for older people: package for universal health coverage**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2024

Genève, O.M.S.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555>

This publication includes a list of LTC interventions that all countries could consider, prioritize and provide and could integrate within health and social care sectors, depending on their context. The package should be implemented in line with overall plans to design, establish and expand formal, integrated LTC systems and services towards universal health coverage (UHC). The package is intended primarily for governments and policy-makers responsible for planning and implementing LTC service provision at national or subnational level. It provides guidance in foreseeing and mainstreaming essential LTC interventions, which can be contextualized according to local needs and resources. The package is neither a clinical guideline for LTC service providers in daily practice nor a manual, standard operating procedures or specific steps.

► **The impact of population ageing on tax revenues in OECD countries**

SICSIC, M. ET HOURANI, D.
2026

Paris, O.C.D.E. OECD Taxation Working Papers 75

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/06/the-impact-of-population-ageing-on-tax-revenues-in-oecd-countries_9aedc621/94cbc7e5-en.pdf

Population ageing is a major structural trend across OECD countries, with significant implications for public finances, yet its effects on tax revenues remain relatively understudied. This working paper examines the

effects of demographic change on tax systems by analysing the distribution of tax bases across age groups and assessing the impact of ageing. It also explores how tax design may further exacerbate revenue pressures. The paper then analyses the implications of population ageing for labour income tax revenues as the working-age population evolves and considers how the relative importance of other tax bases such as consumption, capital income, and wealth-related taxes, may change depending on policy design. It also presents simulations of tax-to-GDP ratios from 1950 to 2060 that isolate the mechanical effects of demographic change under a no-policy-change scenario. These simulations illustrate how population ageing may influence tax revenues across OECD countries over time. The paper also highlights how tax system vulnerability to ageing is shaped by both demographic trends and tax design. Finally, it discusses potential policy considerations and areas of further work.

► **Le nombre de proches aidants à la vie quotidienne baisse de 6 % entre 2008 et 2022, et l'aide apportée s'intensifie**

VERHAGEN, A.L.

2026

Études et résultats (Drees)(1377)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-06/ER1377_Proches_aidants.pdf

Cette étude, réalisée à partir du volet « Aidants » de l'enquête Autonomie-Ménages 2022, porte sur le nombre de proches aidants en 2022, leurs caractéristiques démographiques, le lien qui les unit aux personnes aidées et le type d'aides apportées. Ces résultats sont mis en perspective avec ceux issus du volet « Aidants informels » de l'enquête Handicap-Santé 2008 afin de retracer les évolutions sur quinze ans.

► **Can Extending Certification Limits Mitigate Nursing Shortages Without Compromising Care Quality? Evidence from U.S. Nursing Homes**

YE, M. ET WANG, Y.

2026

Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6745678

exacerbated during the pandemic, the federal government issued a nationwide certification waiver in 2020 for nurse aides in training (NATs), allowing them to work beyond the four-month certification limit. The waiver expired in June 2022 but was partially extended in a subset of states (i.e., treatment states) for an additional year. We exploit this state-level variation and use a difference-in-differences framework to examine the impact of extending the uncertified duration of NATs on staffing conditions and care quality. We find that the waiver extension increased nurse aides' staffing levels by retaining NATs in treatment states and was associated with improvements in the overall care quality. However, these gains are accompanied by risks stemming from changes in staffing composition. The waiver extension increased both the share of NATs and their average uncertified duration in treatment states. Because NATs are required to participate in periodic training, these changes may disrupt the continuity of labor-intensive care routines. Consistent with this mechanism, we document increases in urinary tract infections and greater reliance on catheterization, with the latter effect associated with a higher share of NATs remaining uncertified beyond eight months. As policymakers revisit extending NATs' uncertified duration as a potential long-term solution to persistent staffing shortages, our findings highlight a trade-off between staffing levels and staffing composition and provide actionable insights on how to calibrate the certification limits to alleviate shortages without compromising care quality.

In response to staffing shortages in U.S. nursing homes,

Index des auteurs Author index

A

Abassi, E.....	30
Abraham, D.	36
Acuna-Hinojosa, J.C.	21
Aeschlimann, M.D.	31
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.....	23
Andersson, H.	28
Angelini, V.....	14
Arambourou, S.....	12
Athanasou, A.....	41
Aubert, P.	42
Aubineau, Y.	15

B

Baque, S.....	31
Bara, W.....	20
Belokhvostova, D.....	36
Bensadon, A.C.	31
Berger, J.T.....	26
Berteau-Rapin, C.	43
Bithorel, P.L.	14
Blanpain, N.....	10
Boinet, C.....	10
Boisguerin, B.....	20
Bonal, M.	17
Boudreaux, B.....	9
Bourgeois, E.	20
Bourin, C.	17
Bretin, E.	43
Bricard, D.....	16
Brulin, C.	27
Brunn, M.	23
Bryan, M.....	41
Bryce, A.....	41
BYounes, N.	35

C

Cadillac, M.	24
Caisse nationale de l'Assurance maladie.....	9 , 24
Calvat, T.	11

Canalès, M.....	31
Canta, C.	11
Carre, F.....	38
Cecchini, M.	39
Charlottin, F.	36
Chevillard, G.....	17
Chouchena, D.	38
Chowdhry, B.....	12
Christophe, L.....	33
Churchill, B.F.....	24
Cisneros, G.	24
Claessens, Z.....	33
Clement, M.....	33
Cohen, S.....	28
Coldefy, M.	34
Collins, A.J.....	25
Conseil national de l'Ordre des médecins.....	11
Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens...	37
Cooney, K.	42
Cordazzo, P.....	18 , 19
Costemalle, V.....	15
Cour des comptes	11
Cousineau, M.....	29
Croke, K.....	37
Cuneo, P.	25
Cylus, J.	42

D

Daniels, B.....	37
Dejoux, V.	18
Desaunettes, C.	10
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques.....	26 , 27
Dit Guérin, O.L.....	9
Djataou, N.Y.	31
Douchet, M.A.	15
Duchaine, F.....	19
Dugord, C.....	31
Dupays, S.	29
Dussaux, D.	28

E

Ebersold, S.	18
Eslous, L.	12
Espagnacq, M.	19, 41
Everard, C.	39

F

Farsaci, L.	40
Fédération des Observatoires régionaux des urgences	21
Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap	19
Forest, P.G.	29
Franc, C.	31

G

Galharret, Y.	37
Gallezot, C.	38
Gandre, C.	34
Garralda-Domezain, E.	27
Giardili, S.	32
Giraud, T.	18
Godet, F.	15
Goldman, B.	22
Gondek, T.	34
Gruny, P.	27
Guillot de Suduiraut, L.	36
Guo, L.	22

H

Hadah, H.	34
Hammerli, M.	38
Hanghao, M.	22
Haut Autorité de santé	38
Haut Conseil de la santé publique	28
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie	13
Heller, M.	32
Herrera-Araujo, D.	28
Hourani, D.	43

I

Ingrid, G.	33
Integlia, D.	25
Isayeva, U.	34

J

Jacquemin, G.	36
Jain, S.	32

K

Kawasaki, A.	12
Keita, M.	30
Khlat, M.	16
Khuu, E.	32
Kleinitz, P.	25
Kobayashi, T.	18
Krcal, O.	36

L

Lafargue, L.	38
Lawless, A.	36
Le Caignac, E.	30
Legal, R.	13
Legleye, S.	16
Le Groix, A.	30
Le Mer, H.	23
Leray, E.	41
Lidsky, V.	28
Ling, J.	27
Lipinski, R.	37
Lipton, B.	9

M

Madio, L.	11
Mantovani, A.	11
Marchesi, D.	14
Mariani, L.	25
Marquardt, K.R.	24
Marra, A.	25
Matsushima, N.	12
Maugendre, E.	24

Mcinerney, M.	9
Méo, A.	38
Micheletti, C.	16
Milstein, R.	38
Miron de L'Espinay, A.	28
Montano-Campos, J.P.	22
Morgan, D.	14
Mousquès, J.	37
Moussaoui, S.	32
Mueller, M.	14 , 38
Munchenberg, P.S.	43

N

Naouri, D.	23
Nicolas, S.	11
Nikolova, M.	14
Nortier-Ribordy, F.	43
Noguez, E.	23

O

O'donoghue, C.	40
Opie-Martin, S.	36
Organisation de coopération et de développement économiques	39
Organisation mondiale de la santé.....	43
Or, Z.	21
Oxfam France.....	15

P

Päällysaho, M.	42
Padilla, C.	17
Pantel, G.	27
Pierre, A.	14
Pointet, J.	10
Pradhan, B.K.	40

R

Rajan, D.	43
Rechel, B.	42 , 43
Regaert, C.	19 , 41
Ribardièrre, A.	30
Riviere, J.	30
Roberts, J.	41

Ros, E.	35
Ruol, V.	12

S

Saijo, Y.	18
San Martin Barrera, N.	21
Sermet, C.	19
Shihua, N.	22
Shin, S.	34
Sicsic, M.	43
Sollogoub, N.	31
Solotareff, R.	14
StÄbler, J.	36
Stahl, E.	23
Steyfkens, V.	33
Strozza, C.	16
Sugimura, K.	18

T

Talabot, J.B.	11
Taramasco, C.	21
Tarayoun, T.	30
Teper, S.	38
Tessier, L.	9
Thomas, S.	40
Tocheva, D.	42
To, M.	42
Touitou-Burckard, E.	34 , 35
Tripodoro, V.A.	27
Tysinger, B.	22

V

Vallee, J.	18
Van Raalte, A.	16
Varnier, R.	23
Verhagen, A.I.	44
Videau, Y.	37
Vignier, N.	32
Vincent, R.	13
Viola, J.P.	14
Viossat, L.	25
Vuik, S.	39

W

Wang, Y.	44
Wens, Y.	33

Y

Ye, M.	44
Ysebaert, R.	18

Z

Zhang, S.	26
Ziade, N.	25