

## **Quoi de neuf, Doc?**

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé


Août - Septembre - Octobre 2008

■ Service Documentation



## ► Présentation

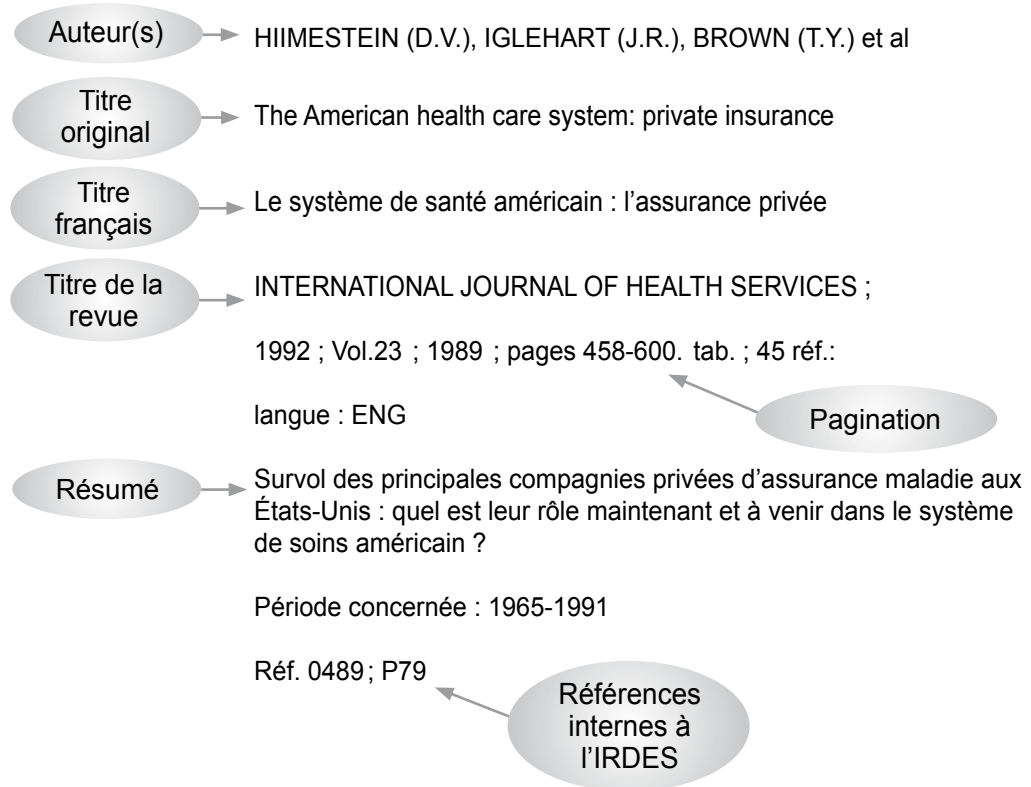
- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).
  
- Le bulletin se compose de deux parties :
  - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
  - plusieurs index qui facilitent la recherche :
    - un index des auteurs cités,
    - un index des éditeurs.
  
- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'IRDES selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.  
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.



L'IRDES est disponible sur Internet.  
Pour contacter le centre de documentation : email : **documentation@irdes.fr**  
Pour obtenir des informations sur l'IRDES et ses prestations :  
Serveur Web : **www.irdes.fr**



## ► Comment lire une notice ?



## ► Signification des abréviations


- ▶ **et al. (et alii)** .... et d'autres auteurs
- ▶ **vol.**..... numéro de volume de la revue
- ▶ **n°.** ..... numéro de la revue
- ▶ **tabl.** ..... présence de tableaux
- ▶ **graph.**..... présence de graphiques
- ▶ **réf.** ..... références bibliographiques citées à la fin du texte
- ▶ **réf. bibl.**..... références bibliographiques citées



## **Sommaire**







**Nous vous rappelons qu'il ne sera délivré  
aucune photocopie par courrier  
des documents signalés dans ce bulletin**



# Sommaire

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 17 POLITIQUE DE SANTÉ

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Administration de santé ..... | 17 |
| Éthique .....                 | 17 |
| Études comparées .....        | 18 |
| Études d'ensemble .....       | 18 |
| Information médicale.....     | 19 |
| Performance .....             | 19 |
| Politique publique.....       | 20 |
| Programmes de santé.....      | 20 |
| Qualité.....                  | 21 |
| Recherches en santé.....      | 21 |
| Réformes .....                | 22 |
| Soins palliatifs .....        | 22 |
| Sondages.....                 | 22 |

### 23 PROTECTION SOCIALE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Affections de longue durée .....     | 23 |
| Comptes de la Sécurité sociale ..... | 23 |
| Couverture complémentaire.....       | 24 |
| Économie politique.....              | 25 |
| Financement .....                    | 26 |
| HCAAM.....                           | 28 |
| Historique.....                      | 28 |
| Retraite .....                       | 29 |
| RMI .....                            | 30 |

### 30 PRÉVENTION - SANTÉ

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Maladies cardiovasculaires..... | 30 |
| Cancer .....                    | 31 |
| Disease management.....         | 32 |
| Programmes de santé.....        | 32 |
| Voyages internationaux.....     | 33 |

### 33 DÉPENSES DE SANTÉ

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Dépenses pharmaceutiques ..... | 33 |
| Listes d'attente.....          | 34 |
| Vieillesse .....               | 34 |

### 34 CONSOMMATION MÉDICALE

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Consommateurs de soins ..... | 34 |
|------------------------------|----|

### 35 INDICATEURS DE SANTÉ

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Accidents .....                 | 35 |
| Alcoolisme.....                 | 35 |
| Asthme.....                     | 35 |
| Cancer .....                    | 36 |
| Comportement alimentaire.....   | 36 |
| Enfance et santé .....          | 36 |
| Comportement et santé .....     | 37 |
| Données d'ensemble .....        | 37 |
| Maladies cardiovasculaires..... | 38 |
| Maladies chroniques .....       | 39 |
| Météoropathologie .....         | 39 |
| Obésité.....                    | 40 |
| Pollution atmosphérique .....   | 41 |
| Tabagisme.....                  | 42 |
| Travail et santé.....           | 42 |
| Santé et éducation .....        | 44 |
| Santé mentale.....              | 45 |
| Vieillesse et santé .....       | 45 |

### 46 PERSONNES ÂGÉES

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Dépendance.....          | 46 |
| Emploi des seniors.....  | 46 |
| Hébergement social ..... | 47 |
| Retraite .....           | 47 |
| Revenu.....              | 47 |

## 48 GROUPE DE POPULATION - PAUVRETÉ

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Adolescents .....              | 48 |
| Ethnie .....                   | 48 |
| Étudiants .....                | 50 |
| Inégalités de santé .....      | 50 |
| Jeunes adultes .....           | 52 |
| Migrants .....                 | 52 |
| Personnes handicapées .....    | 52 |
| Populations défavorisées ..... | 53 |
| Sans-domicile fixe .....       | 53 |
| Travailleurs saisonniers ..... | 53 |

## 54 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Alsace .....                  | 54 |
| Éducation thérapeutique ..... | 54 |
| Milieu rural .....            | 55 |
| Nord-Pas-de-Calais .....      | 55 |
| Pays-de-la-Loire .....        | 55 |

## 56 MÉDECINE LIBÉRALE

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Démographie médicale ..... | 56 |
| ONDPS .....                | 57 |
| Rémunération .....         | 58 |
| Sociologie médicale .....  | 59 |
| Soins primaires .....      | 59 |

## 60 HÔPITAL

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Accréditation .....             | 60 |
| Coût de l'hospitalisation ..... | 60 |
| Gestion hospitalière .....      | 60 |
| Listes d'attente .....          | 61 |
| Personnel hospitalier .....     | 62 |
| Politique hospitalière .....    | 62 |
| Qualité .....                   | 63 |
| Réforme .....                   | 63 |
| Régulation .....                | 64 |
| Tarifcation hospitalière .....  | 64 |
| Urgences médicales .....        | 64 |

## 65 PROFESSIONS DE SANTÉ

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Chirurgiens .....               | 65 |
| Conditions de travail .....     | 65 |
| Démographie médicale .....      | 65 |
| Pharmaciens .....               | 66 |
| Transferts de compétences ..... | 66 |

## 67 MÉDICAMENTS

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Dispositifs médicaux .....          | 67 |
| Données d'ensemble .....            | 67 |
| Industrie pharmaceutique .....      | 67 |
| Information du patient .....        | 68 |
| Médicaments cardiovasculaires ..... | 68 |
| Pharmacoéconomie .....              | 69 |
| Pharmacovigilance .....             | 69 |
| Politique du médicament .....       | 70 |
| Prescription .....                  | 72 |
| Publicité .....                     | 73 |
| Recherche pharmaceutique .....      | 73 |
| Régulation .....                    | 74 |
| THS .....                           | 75 |

## 75 TECHNOLOGIES MÉDICALES

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Innovations technologiques ..... | 75 |
| NTIC .....                       | 75 |

## 76 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Allemagne .....           | 76 |
| Australie .....           | 77 |
| Belgique .....            | 80 |
| Canada .....              | 82 |
| Espagne .....             | 82 |
| Estonie .....             | 83 |
| États-Unis .....          | 83 |
| Europe .....              | 88 |
| Finlande .....            | 89 |
| Mexique .....             | 90 |
| Nouvelle-Zélande .....    | 90 |
| Portugal .....            | 91 |
| République Slovaque ..... | 91 |
| Royaume-Uni .....         | 92 |

|                        |    |
|------------------------|----|
| Russie .....           | 96 |
| Suède.....             | 96 |
| Suisse .....           | 97 |
| Union européenne ..... | 98 |

## 99 PRÉVISIONS - ÉVALUATION

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Analyse économique..... | 99 |
|-------------------------|----|

## 100 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Économie de la santé ..... | 100 |
| Indicateurs de santé.....  | 101 |
| Modèle .....               | 101 |
| Pauvreté.....              | 103 |
| Risque moral.....          | 103 |
| Revue systématique.....    | 104 |
| Test statistique .....     | 105 |

## 105 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Données d'ensemble ..... | 105 |
| Effet contextuel .....   | 106 |
| Projections .....        | 106 |
| Sociologie .....         | 106 |
| Vieillesse .....         | 107 |

## 107 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| Économie industrielle.....   | 107 |
| Emploi .....                 | 107 |
| Services à la personne ..... | 108 |
| Vieillesse .....             | 108 |

## 108 DOCUMENTATION INFORMATIQUE

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Numéro d'identification ..... | 108 |
|-------------------------------|-----|

## AUTRES RUBRIQUES

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Index des auteurs .....              | 109 |
| Carnet d'adresses des éditeurs ..... | 119 |



## ► Références bibliographiques





## D Administration de santé

37847

ARTICLE

**La révision des politiques publiques.**INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008/05/13 : 6-10

Cote Irdes : P72

Cet article analyse le rapport d'Eric Woerth sur la révision des politiques publiques sous l'angle d'une meilleure efficacité des administrations de santé. L'intégralité du rapport est consultable sur le site du Ministère du Budget : [http://www.minefi.gouv.fr/directions\\_services/sircom/rapport\\_rgpp080404.pdf](http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/sircom/rapport_rgpp080404.pdf)

38233

OUVRAGE  
SKOLNIK (R.)**Essentials of global health.***L'essentiel de la santé globale.*

Essential Public Health

Sudbury : Jones and Bartlett Publishers :  
2008 : 322p., fig., tabl.

Cote Irdes : A3725

<http://www.jbpub.com/catalog/0763734217/>

This book is an introduction to the most critical issues in global health. While the book offers a global perspective, particular attention is given to the health-development link, to developing countries, and to the health needs of poor and disadvantaged people. Organized in four parts the book explores the principles, measurements, and the Health-Development Link (principles of Global Health; Health Determinants, Measurements, and Trends; and Health, Education, Poverty, and the Economy); cross-cutting global health themes (human rights, ethics, and global health; An Introduction to health systems; and culture and Health.); the burden of disease (environment and health; nutrition and health; women's health; child Health; infectious diseases; non-communicable diseases; and unintentional injuries); working together to Improve global health (conflicts, natural disasters, and other Emergencies; cooperating to improve global health; and, science technology, and the public's health).

## D Éthique

37940

OUVRAGE  
DEVICTOR (B.)**Le tragique de la décision médicale. La mort d'un enfant ou la naissance de l'absurde.**

Paris : Vuibert : 2008 : 114p.

Cote Irdes : A3715

Etre mortel, c'est l'état normal du vivant. Oui. Mais il y a les enfants. Qu'ils meurent, cela n'est pas normal. Cela n'est pas acceptable. Mourir d'être vivant, soit. Mais mourir sans avoir vécu, ou presque ? Cela semble aller contre la logique, contre la morale, contre la vie même. Le pédiatre Denis Devictor ne s'y habitue pas : La mort de l'enfant est la naissance de l'absurde. La révolte, toutefois, ne tient pas lieu de compétence, ni de soin, ni ne saurait suffire, au chevet de l'enfant malade, à prendre la bonne décision, celle qui sera conforme à la fois aux données actuelles de la science et aux exigences - elles aussi actuelles, puisqu'elles évoluent - de l'éthique. Dans quel but ? La santé ? Sans doute. Mais lorsqu'elle est impossible ? Quand on n'a plus le choix qu'entre de mauvaises solutions (la mort ou le handicap extrême, l'acharnement thérapeutique ou l'euthanasie...) ? L'intérêt de l'enfant ? Certes. Mais qui en décide ? De quel droit ? De quel point de vue ? Dans quelles limites ? On a besoin de fins moins simples ou moins hasardeuses. Cela pose mille problèmes, qui font l'objet de ce livre. Ils touchent à la décision médicale, à l'éthique, à la philosophie, à l'humanité... Faut-il mettre la vie plus haut que tout ? La liberté plus haut que tout ? Le bien-être ce devoir ? L'amour ? La compassion ? Le débat fait partie de l'éthique, au même titre que la responsabilité individuelle, qu'il n'annule pas et qui ne saurait en tenir lieu. A chacun donc de juger, toujours au cas par cas, et en tenant compte aussi du point de vue des autres. Cet ouvrage y aidera. Il apporte de la complexité, de l'intelligence, de l'hésitation, de l'interrogation, et c'est de quoi médecins, patients et familles ont le plus besoin, même, et surtout, lorsqu'ils sont avides de certitudes. André Comte-Sponville (4è de couv.)

## ► Études comparées

38367

FASCICULE

BOYLE (S.), DURAND-ZALESKI (I.), BUSSE (R.), VRANGBAEK (K.), KLAZINGA (N.), ANELL (A.)

**Health system snapshots: perspectives from six countries.**

*Instantanés sur les systèmes de santé : perspectives sur six pays.*

EUROHEALTH

2008 ; vol.14 : n°1 : 55p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

Knowledge is also priceless for health policy. Intelligence on the state of health systems is vital, yet it can be difficult to keep up with the rapid pace of change. This issue of Eurohealth includes snapshots on six countries. Originally commissioned and funded by the New York based Commonwealth Fund, and prepared in a common format, it provides an opportunity to reflect on approaches to efficiency and quality improvement. It is also delighted to include a contribution from historian Louis Galambos, who highlights challenges for the global vaccine industry and how these parallel past events. In an economic downturn, cost pressures may first be felt in areas viewed as low priorities. All too often public health research can suffer. As well as the potential lost health benefits, the economic consequences of reduced investment into vaccine research and development may be substantial: Europe currently produces around 90% of the world's vaccines. Professor Galambos argues that we should focus on the long-term benefits of vaccines to society, rather than just being mindful of short-term budgetary requirements. This issue also features two articles looking at how knowledge can better inform policy making. Hans Stein looks at the role of international organisations in public health research across the EU. He calls for more emphasis on ensuring that research is feasible, policy relevant and linked to the policy making process. Philippa Mladovsky and colleagues, meantime, argue that we are losing an opportunity to make use of much existing knowledge.

## ► Études d'ensemble

37824

OUVRAGE

RAYSSIGUIER (Y.) / éd., JEGU (J.) / éd., LAFORCADE (M.) / éd.

**Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir.**

Rennes : éditions EHESP : 2008 : 491p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3710

Les questions sanitaires et sociales passionnent autant la population que le législateur. Dans ce secteur, plus que dans tout autre, l'explosion normative et réglementaire a créé un enchevêtrement de politiques et d'acteurs d'une rare complexité. Il convenait donc de clarifier ce vaste ensemble en présentant les politiques sociales et de santé les plus récentes de manière thématique et sous une forme raisonnée. Les auteurs ont délibérément choisi de ne pas séparer action et réflexion afin de permettre un regard critique. Sont évoqués non seulement le contenu précis des politiques et des textes mais aussi leur genèse, leur environnement, le jeu des acteurs qui les animent, les valeurs qui les portent. L'action sanitaire et sociale ne peut se résumer en effet à la présentation du droit positif et des politiques publiques. Pour être comprise, elle suppose des références à la science politique, à la sociologie des acteurs, aux théories de la complexité ou à l'analyse systémique. Toute nouvelle loi tend à accréditer l'idée d'une rupture, alors qu'elle s'inscrit le plus souvent dans une problématique ancienne. Enfin, les auteurs ont choisi de traiter dans un même ouvrage des politiques sanitaires et sociales. Séparer les deux peut donner provisoirement l'illusion de la simplification. Mais cette disjonction ne résiste pas à l'analyse, tant les besoins de la population et le contenu des politiques relient de plus en plus étroitement les dimensions sanitaire et sociale (4e de couverture.)

## Information médicale

36622

RAPPORT

Ipsos. Paris. FRA, Fédération Nationale de l'Information Médicale (F.N.I.M.). Paris. FRA

**Enquête d'opinion sur l'information médicale. Rapport d'étude. 30 octobre 2007.**

Paris : Ipsos : 2005 : 29p., fig., annexes

Cote Irdes : B6300

[http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/doc/1118\\_etude.pdf](http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/doc/1118_etude.pdf)

La Fédération nationale de l'information médicale a souhaité évaluer les connaissances, attitudes et opinions qu'ont les Français et les médecins généralistes de l'information sur le médicament. L'enquête mise en place avait pour objectifs de mettre à jour l'implication des Français dans la recherche d'information sur les maladies et les traitements, les moyens d'information des Français sur cette thématique, leurs sentiments sur l'information délivrée, leurs attentes en matière d'information et en regard, ce que pensent les médecins généralistes du comportement de leurs patients dans ce domaine.

## Performance

36607

DOCUMENT DE TRAVAIL

HOFMARCHER (M.M.), OXLEY (H.), RUSTICELLI (E.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

**Improved health system performance through better care coordination.**

*Amélioration de la performance des systèmes de santé grâce à une meilleure coordination des soins.*

OCDE Health Working Papers; 30

Paris : OCDE : 2007 : 85+74p., tabl.

Cote Irdes : B6284

<http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf> - <http://www.oecd.org/dataoecd/22/29/39791721.pdf>

L'objet de ce rapport est de tenter d'apprécier si - et, le cas échéant, dans quelle mesure - une meilleure coordination des soins est susceptible d'améliorer la performance des systèmes de santé en termes de qualité et d'efficacité

au regard du coût. Par coordination des soins on entend les mesures de nature à aider à instaurer une prise en charge centrée sur le patient qui soit plus cohérente aussi bien à l'intérieur d'un même cadre de soins qu'entre différents cadres de soins, et dans le temps. Plus généralement, il s'agit de faire en sorte que les systèmes de santé soient plus attentifs aux besoins individuels des patients et de faire en sorte que ceux-ci reçoivent les soins appropriés à l'occasion d'épisodes aigus, ainsi que des soins destinés à stabiliser leur état de santé, dans une perspective à long terme, dans un environnement moins coûteux. Ces questions revêtent une importance toute particulière pour les malades chroniques et pour les personnes âgées qui trouveront sans doute difficile de naviguer à l'intérieur de systèmes de santé fragmentés comme c'est souvent le cas dans les pays de l'OCDE.

37289

INTERNET, RAPPORT

KOTZIAN (P.)

Institut für Politikwissenschaft. Darmstadt. DEU

**Control and Performance of Health Care Systems. Volume 1: Delegation and Control in 22 OECD Health Care Systems. A data handbook**

*Contrôle et performance des systèmes de santé. Volume 1 : Délégation et contrôle dans 22 systèmes de santé des pays de l'OCDE. Recueil de données.*

Darmstadt : Institut für Politikwissenschaft : 390p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ulb.tu-darmstadt.de/docs/eprint\\_000017/HealthSystemDataHandbook.pdf](http://www.ulb.tu-darmstadt.de/docs/eprint_000017/HealthSystemDataHandbook.pdf)

Health care systems are set up to fulfill the same functions but differ largely in their organizational design. Moreover, in recent years health care systems are confronted with a range of similar problems to which they respond in different ways. It turns out that they are able to cope with these problems with different degrees of success. This put much focus on how institutional structures in health care systems affect the system's performance, adaptability and resource consumption. Comparative research is the appropriate research design to obtain answers on these questions. But in practice, empirical comparative research on the effects of institutional structures of health care systems is limited by the lack of comparable, detailed institutional information on the organization of health care systems.

This data handbook is intended as a contribution to close this gap. Health care systems are layered networks of delegation relationships: the citizens, in their role as patients as well as voters, delegate the provision of health services, the administration and the overall control of the health care system to agents: medical providers, health insurance funds, health authorities and the state. These agents usually have interests, which diverge from those of the citizen and also have substantial leeway to pursue these interests, at expense of the citizen as the principal. On the conceptual level, the delegation-approach proved to be able to explain differences in performance and achievement at the system level by rational individual behavior. Further, the delegation-approach offers a template on which a comparative analysis and the description of complex systems, like health systems, can be based. This data handbook describes the health care systems of 22 OECD countries for two points in time, 1995 and 2004, on the basis of the institutional economics perspective. In particular from the perspective of the delegation of medical as well as administrative tasks and the control mechanisms implemented in these delegation relationships, which shall avoid opportunistic behavior. The data compiled in this data handbook shall enable researchers to study the impact of institutional structures on aspects of health system performance, like achievements in health levels, responsiveness and productive efficiency.

## ► Politique publique

38253

OUVRAGE  
REISMAN (D.)

### ***Health care and public policy.***

*Soins de santé et politique publique.*

Cheltenham : Edward Elgar Publishing :  
2007 : 6-362p., tabl., index

Cote Irdes : A3730

[http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry\\_Main.lasso?id=4240](http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=4240)

Health care is absorbing an increasing share of resources in all countries. It is the task of public policy to ensure that the nation secures good quality attention at an affordable price. This book, distinguishing clearly between health status and health care, examines the ways in which governments can keep down morbidity and mortality while also ensuring that treatments are medically justifiable, eco-

nomically cost-effective and socially equitable. Ignorance, uncertainty, asymmetrical information, professional monopolies, insurance, poverty all mean that the market by itself is not enough. Pragmatic intervention is also required to ensure that felt well-being and social justice are delivered in combination with value for money.

## ► Programmes de santé

38352

RAPPORT, INTERNET

ATUN (R.A.), BENETT (S.), DURAN (A.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Brussels. BEL,  
Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### ***When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?***

*Quand les programmes verticaux (autonomes) ont-ils une place dans les systèmes de santé ?*

Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/document/hsm/5\\_hsc08\\_ePB\\_8.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/5_hsc08_ePB_8.pdf)

The terms vertical and integrated are widely used in health service delivery, but each describes a range of phenomena. In practice, the dichotomy between them is not rigid, and the extent of verticality or integration varies between programmes – including : a vertically funded, managed, delivered and monitored programme ; one with integrated funding, organization and management but separate delivery; and a fully integrated approach comprising comprehensive primary health care services. Most health services combine vertical and integrated elements, but the balance between programmes in these elements varies considerably. Hence, when vertical and horizontal and programme design are being discussed, clarity is needed on the programme element being referred to governance arrangements, organization, funding and service delivery.

## Qualité

36848

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

### ***Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé.***

Saint Denis : Haute Autorité de santé : 2007/12 : 19p.

Cote Irdes : B6337

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_college\\_has\\_horizons.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf)

Ce document a pour vocation d'enrichir le débat sur la qualité de notre système de santé. Engagée depuis trois ans au service de l'amélioration de la qualité en santé, la Haute Autorité de santé (HAS) considère que sa mission est aussi, au-delà de son action quotidienne, de susciter le débat public et la réflexion sur l'avenir du système de santé. L'amélioration de la qualité en santé est une exigence qui porte ses fruits depuis une quinzaine d'années déjà. Pourtant, son impact est encore trop limité et la diffusion d'une culture partagée de la qualité rencontre certaines difficultés. Ce document analyse ces difficultés et identifie les choix collectifs que nous devons effectuer pour les dépasser. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de limites pratiques : des choix de fond s'imposent pour définir ensemble dans quel but et avec quels outils nous voulons défendre demain la qualité de notre système de santé. Pour dynamiser la réflexion collective, la HAS en appelle à la contribution de tous les acteurs concernés : patients et usagers du système de santé, professionnels et pouvoirs publics. Ce document propose des éléments d'analyse pour favoriser le débat public sur une série de sujets. La HAS pose ainsi les premiers jalons de débats qui seront lancés dans le courant de l'année 2008. Les thèmes identifiés pour ces échanges sont présentés en annexe. Certains débats pourront avoir lieu dès les prochains mois, d'autres demanderont le temps de la recherche. Cette concertation approfondie nous permettra de définir avec vous de nouveaux horizons pour améliorer, ensemble, la qualité en santé.

37535

RAPPORT, INTERNET

US Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. (A.H.R.Q.). Rockville. USA

### ***National Healthcare Quality Report, 2007***

*Rapport national 2007 sur la qualité du système de santé.*

Rockville : AHRQ : 2007 : 136p., tabl., fig., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ahrq.gov/qual/nhqr07/nhqr07.pdf>

The National Healthcare Quality Report is built on 218 measures categorized across four dimensions of quality—effectiveness, patient safety, timeliness, and patient centeredness. This year's report focuses on the state of health care quality for a group of 41 core report measures that represent the most important and scientifically credible measures of quality for the Nation, as selected by the HHS Interagency Work Group. The distillation of 41 core measures for the 2007 report provides a more readily understandable summary and explanation of the key results derived from the data. While the measures selected for inclusion in the NHQR are derived from the most current scientific knowledge, this knowledge base is not evenly distributed across health care. The analysis in the following pages centers on measures for which data are available from the baseline year of 2000 or 2001 and the comparison year of 2004 or 2005. Three themes that emerge from the 2007 NHQR emphasize the need to accelerate progress in achieving high quality health care: Health care quality continues to improve, but the rate of improvement has slowed; Variation in quality of health care across the Nation is decreasing, but not for all measures; The safety of health care has improved since 2000, but more needs to be done.

## Recherches en santé

37897

OUVRAGE

MACE (J.M.), PICHERAL (H.), COLONNA (M.), CHEVREUL (K.), SPELSBERG (A.), BOUREILLE (B.)

PELLET (R.) / préf., BIGOT (C.) / préf.

Centre International de Recherche en Economie de la Santé. (C.I.R.E.S.). Saint-Etienne. FRA

***Recherche sur le système de santé : 2005-2007.***

Saint-Etienne : EN3S : 2008 : 364p., tabl., graph.  
Cote Irdes : A3711

Cette publication rassemble plusieurs études effectuées dans le cadre du Centre international de recherche en économie de la santé (Cires), dont les activités ont cessé en 2007. Les travaux présentés sont les suivants : la démographie médicale des chirurgiens en France, l'hébergement des personnes âgées en France, l'observatoire épidémiologique régional en oncologie, les facteurs non médicaux de la décision médicale en médecine générale dans le cadre de la prescription des IPP, la comparaison entre frontières de la prise en charge des consommateurs de soins hospitaliers dans trois hôpitaux différents et dans trois pays différents : Aix-La-Chapelle, Liège et Maastricht, l'analyse des inscriptions territoriales des systèmes de santé : une approche en termes de trajectoires des patients.

## ► Réformes

38469

OUVRAGE  
SAUZE (L.)

***Mauvaise santé cherche traitement de fond : pour une refonte du système de santé.***

www.lulu.com : 2008 : 212p.

Cote Irdes : A3744

Le « meilleur système de santé du monde » est bien malade, et n'est plus financé. Revenir aux principes fondateurs de la médecine et de la protection sociale permettrait de réorienter et de restructurer en le simplifiant l'incroyable amoncellement historique de structures et d'institutions qui le constituent. En remettant la santé publique de la communauté au centre du système, et non plus les multiples intérêts catégoriels, c'est une réforme globale de l'organisation et du financement que l'auteur propose ici. Formation, évaluation, paiements à l'acte et à l'activité, médecine globale recentrée sur le généraliste et les maisons médicales, démocratie sanitaire renouvelée et rôle principes de l'Etat, Agences régionales de santé, fiscalisation des ressources, panier de soins et régulation par la qualité, l'ensemble des concepts en débat actuellement est balayé. Cette refonte du système ne pourra réussir qu'avec la mobilisation des usagers, des professionnels et des décideurs, qui tous y trouveraient leur intérêt. Elle ne peut que passer par une profonde et indispensable transformation des mentalités de chacun, producteurs comme consommateurs de soins.

## ► Soins palliatifs

38423

RAPPORT, INTERNET  
ADDICOTT (R.), DEWAR (S.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Improving Choice at End of Life.***

*Améliorer les choix en fin de vie.*

Londres : King's Fund Institute : 2008 : 55p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/improving\\_choice\\_at.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/improving_choice_at.html)

This paper provides a descriptive analysis of the impact and costs of new services as part of the Marie Curie Delivering Choice Programme, which was launched in 2004. Delivery of care for patients at the end of their lives is becoming an increasing policy concern. Although the majority of people report that they would choose to die in their home, only a minority of patients achieve this wish. The Delivering Choice Programme aims to develop and help provide the best possible service for patients at the end of their lives.

## ► Sondages

37666

RAPPORT, INTERNET  
Commission Européenne. (C.E.). Direction Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL

***Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer.***

*Eurobaromètre spécial sur la santé et les soins de longue durée.*

Bruxelles : Commission européenne : 2007/11 : 127p.+ ann., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf)

This report studies successively the following issues covered by the survey. First of all, we focus on the lifestyle of Europeans, their health-limitations and their views about becoming dependent upon the help of others. In chapter two we examine the public's assessment of the health-care system in general and the care of dependent people specifically by looking at quality, availability, accessibility and affordability of health care services. We further-

more analyse the extent to which people have had to do without care because of availability, accessibility or affordability problems. The second part of the report focuses on attitudes to care of elderly and dependent people: how people want their elderly parents to be looked after, how should the care of elderly and dependent people be financed and how well elderly and dependent people are perceived to be looked after. In the final part we focus specifically on long-term care and the care of the elderly. We firstly examine Europeans' views about the provision of long term care: the appropriateness and costs and to what extent they themselves have been involved in providing care. We then look at people's views about receiving care: the perceived likelihood that people will receive appropriate care in the future, how they expect and prefer to be taken care of should the need arise and how they think they will finance their future long-term care. In the last chapter, we look at the extent to which abuse of elderly dependent people is perceived to be taking place, what forms of abuse this vulnerable group is subjected to and who the perpetrators are perceived to be.

publié des guides et des listes d'actes et de prestations. Dans cet avis, la HAS confirme que le système actuel est inadapté. Il s'efforce, en effet, de poursuivre à l'aide d'un même outil deux objectifs distincts : un objectif social (neutraliser l'impact des gros restes à charge) et un objectif médical (assurer un suivi médical de qualité pour les malades chroniques). La HAS note avec attention que le débat sur les ALD est aujourd'hui largement engagé, grâce notamment à la réflexion menée sur un dispositif de type « bouclier sanitaire » pour le volet social. C'est dans l'objectif de prolonger cette réflexion collective que cet avis a été conçu. Aussi les propositions qui visent à éclairer les choix des pouvoirs publics en la matière sont-elles présentées sous forme de trois scénarios (scénario de simple actualisation médicale des critères actuels ; un scénario de refonte partielle visant à assurer une meilleure adéquation de la liste à la définition législative des ALD et conduisant à modifier la liste des critères d'entrée pour plusieurs maladies ; un scénario de maintien en l'état des critères dans l'attente d'une réforme rapide du dispositif. La HAS considère que le troisième scénario est celui qui correspond le mieux à l'orientation générale qu'elle avait énoncée en mai 2006. Elle continuera, dans le cadre de ses missions, à travailler à l'amélioration du suivi médical des patients atteints de maladies chroniques et à faire des propositions d'évolution en la matière.

## PROTECTION SOCIALE

### ► Affections de longue durée

36619

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis la Plaine. FRA

***Affections de longue durée. Liste et critères médicaux d'admission. Avis 2007***

St Denis la Plaine : HAS : 2007 : 94p.

Cote Irdes : B6299

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis\\_college\\_ald\\_liste\\_criteres.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis_college_ald_liste_criteres.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis\\_college\\_ald\\_comparatif\\_criteres\\_annexes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis_college_ald_comparatif_criteres_annexes.pdf)

La Haute Autorité de santé a adressé ce jour à la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports un avis sur la liste et les critères médicaux d'admission en affection de longue durée (ALD). Cet avis avait été annoncé dans la recommandation initiale de mai 2006 qui accompagnait la diffusion des premiers guides et listes. Il porte aujourd'hui sur la vingtaine de maladies pour lesquelles la HAS a depuis

### ► Comptes de la Sécurité sociale

38304

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.). Paris. FRA

***Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2007 - Prévisions 2008.***

Paris : MSSPS : 2008 : 256p., tabl., graph.

Cote Irdes : Bc6495

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2008/ccss200806.pdf>

Ce rapport présente les comptes de la Sécurité sociale pour 2007, ainsi que les premiers comptes prévisionnels pour 2008. Selon ces résultats obtenus à mi-parcours, le déficit de la Sécurité sociale devrait atteindre 8,9 milliards d'euros en 2008, chiffre proche de l'estimation retenue pour la loi du 19 décembre 2007 pour le financement de la Sécurité sociale (8,8 milliards d'euros). Pour la première

re fois depuis 1993, le déficit de la branche vieillesse, qui devrait s'élever à 5,6 milliards en 2008 (4,6 milliards en 2006), sera supérieur à celui de la branche maladie, qui devrait se fixer à 4,1 milliards (4,6 milliards un an plus tôt). La dégradation du premier s'explique par la poursuite des départs massifs à la retraite de la génération du baby boom et des actifs ayant commencé à cotiser à 14 ans. La réduction du second résulte de l'amélioration des ressources (accroissement de la masse salariale du privé), venant compenser le dérapage des dépenses : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale, devrait notamment être dépassé de 700 millions d'euros. Les deux autres branches, famille et accidents de travail, devraient en revanche être en excédent : respectivement 0,4 et 0,3 milliards en 2008 (0,2 et -0,5 milliards en 2007). Ce rapport comprend des fiches thématiques spécifiques, dont une relative au financement des médicaments onéreux à l'hôpital (voir analyse dans : Industrie pharmaceutique Hebdo, fiche 624, 3 juillet 2008).

38453

RAPPORT, INTERNET  
Cour des Comptes. Paris. FRA

***Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2007.***

Paris : Cour des Comptes : 2008 : 170p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne

<http://www.acoss.urssaf.fr/index.php?option=content&task=blogcategory&id=161&Itemid=5532>  
<http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RCCSS/RapportCertificationsecu2007.pdf>

Ce rapport sur la certification des comptes de la Sécurité sociale exercice 2007 constitue le deuxième du genre. En effet, en vertu de la mission qui lui a été confiée par la loi organique du 2 août 2005 sur les lois de financement de la Sécurité sociale, la Cour doit prendre position sur neuf comptes : les cinq comptes combinés de la branche maladie, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, de la branche famille, de la branche retraite et enfin de l'activité de recouvrement du régime général ; et les comptes des quatre caisses nationales concernées (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS). Dans ce rapport, elle constate que des efforts très importants ont été déployés par les caisses nationales et leurs réseaux pour produire des comptes en état d'être certifiés par la Cour. Celle-ci attend encore une amélioration notable du contrôle interne et de l'audit interne,

condition nécessaire à la qualité des comptes. Les progrès réalisés en matière de production et de présentation des comptes combinés sont également importants mais doivent être poursuivis. Néanmoins, la Cour n'est pas en mesure de certifier les comptes de l'activité de recouvrement et de l'ACOSS. Elle a en effet constaté trois désaccords avec le producteur des comptes. L'impact total de ces désaccords sur le régime général est de 980 millions d'euros. Le montant du déficit du régime général en 2007 n'est donc pas de 9,5 milliards d'euros, mais de 10,5 milliards d'euros si l'on tient compte de ces désaccords. En outre, la Cour n'est toujours pas en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille et de la CNAF, en raison de l'ensemble des limitations, désaccords et incertitudes affectant ces comptes. La CNAF a pris des engagements importants, dès la campagne de certification des comptes 2006, qui ne pouvaient cependant pas produire leurs effets dès les comptes 2007. La Cour attend des améliorations importantes pour les exercices à venir». La Cour certifie, avec des réserves, que les comptes combinés des trois branches maladie, AT/MP et retraite sont réguliers, sincères, et présentent une image fidèle. Il en va de même pour les comptes de la CNAMTS et de la CNAVTS. L'ACOSS regrette dans un communiqué la décision de la Cour des Comptes de refus de certifier les comptes de l'ACOSS et du réseau des URSSAF pour des choix d'imputation comptable de recettes fiscales affectées par le législateur à la sécurité sociale. Cette décision occulte les améliorations significatives réalisées en 2007 pour clarifier les comptes. Par ailleurs, la qualité de l'activité de la branche recouvrement en matière de répartition des fonds aux différents tributaires a fait l'objet d'une certification de services en 2007 par l'AFAQ-AFNOR, souligne la branche recouvrement. Les précisions de l'Acoss à propos de la décision de la Cour des Comptes de refus de certification de l'activité de recouvrement du régime général sont accessibles en ligne :

## ► Couverture complémentaire

38364

RAPPORT  
Fédération Française des Sociétés  
d'Assurances. (F.F.S.A.). Paris. FRA

***L'assurance française en 2007.***

Paris : FFSA : 2004/06 : 88p., tabl., graph.,  
ann.

Cote Irdes : En ligne



[http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/rapport2007/\\$file/rapportannuel2007.pdf](http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/rapport2007/$file/rapportannuel2007.pdf)

Les données publiées dans le présent rapport concernent l'ensemble des sociétés d'assurances françaises et étrangères opérant en France. Ces données sont transmises par les sociétés adhérentes de la FFSA et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA), ainsi que par les organisations professionnelles d'agents généraux (Agea) et de courtiers (CSCA). Dans l'attente des résultats définitifs de l'ensemble des acteurs du marché de l'assurance, les données mentionnées pour 2007 doivent être considérées comme étant des estimations.

38405

RAPPORT, INTERNET  
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris. FRA

**L'aide complémentaire santé en 2007.**

Paris : Fonds CMU : 2008/06 : 54p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix\\_contenu\\_2007.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix_contenu_2007.pdf)

Ce rapport étudié par le conseil de surveillance du Fonds CMU, le 24 juin, présente le coût unitaire de la CMU-C par bénéficiaire pour les années 2006 et 2007 dans les régimes obligatoires et les organismes complémentaires. Le Fonds souligne avoir procédé à des audits et des contrôles, en coordination avec les régimes, qui font « apparaître dans les régimes obligatoires des doubles comptes conduisant à une surestimation de leurs effectifs » et une sous-estimation en conséquence de la dépense moyenne individuelle. On retiendra des principaux résultats que le coût moyen évolue à peu près au même niveau que les dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), sauf en 2006 et 2007. Il ne s'agit pas ici d'une dérive, prévient le rapport, car les professionnels du secteur dentaire ont bénéficié d'une revalorisation tarifaire pour les soins conservateurs et chirurgicaux (mai 2006) et d'une revalorisation de la consultation à 21 euros en août 2006. Une seconde revalorisation tarifaire, spécifique cette fois à la CMU complémentaire, est venue compléter la première, à compter du 1er juin 2006, pour ce qui concerne les forfaits de dépassements autorisés sur les actes de soins prothétiques et orthodontiques (augmentation moyenne de 30 % des forfaits). Concernant les établissements, il faut en particulier rap-

journaliers depuis 2005 et la création du forfait sur les actes les plus coûteux (18 euros), qui sont pris en charge par la CMU-C. Le coût moyen 2006 pour les assurés du régime général est de 358 euros en métropole, de 310 euros dans les DOM. Il progresse d'environ 5 % en 2007 : 377 euros en métropole et 328 dans les DOM. Les ressortissants des autres branches (MSA, RSI) et des organismes complémentaires santé ont des coûts moindres (entre 320 et 350 euros). L'écart s'explique par « l'état de mauvaise santé d'une partie des ressortissants du régime général : le régime accueille les publics les plus en difficulté, éloignés du monde du travail », souligne le rapport. Ces résultats sont à comparer avec le montant du forfait versé aux organismes gérant la CMUC (340 euros en 2006 et en 2007).

## ► Économie politique

38392

OUVRAGE  
ELBAUM (M.)

***Economie politique de la protection sociale.***

Paris : Presses Universitaires de France : 2008 : 452p., tabl.

Cote Irdes : A3741

<http://www.amazon.fr/Economie-politique-protection-sociale-Mireille/dp/2130566405>

Ce manuel analyse les principaux problèmes économiques auxquels est confrontée la protection sociale en France : démographie-vieillesse, emploi, redistribution, financement, régulation, évaluation. Rassemblant des éléments de connaissance souvent dispersés, il fournit sur chacun de ces points une synthèse mobilisant les enseignements de l'analyse économique, les comparaisons européennes et, pour la France, l'ensemble des données récentes. Destiné aux étudiants des deuxièmes cycles universitaires ou préparant des concours administratifs, il s'adresse aussi à un public plus large. Donnant de l'intelligibilité aux débats et aux réformes intervenus dans notre pays depuis vingt ans, il présente avec clarté les contraintes qui pèsent sur notre système de protection sociale, mais aussi les choix collectifs dont dépendront à l'avenir nos objectifs de cohésion sociale.

## ► Financement

37508

DOCUMENT DE TRAVAIL

GLIED (S.A.)

National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Health Care Financing, Efficiency, and Equity.***

*Financement, efficacité et équité des soins.*

NBER Working Paper Series ; n° 13881

Cambridge : NBER : 2008/03 : 31p., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13881>

This paper examines the efficiency and equity implications of alternative health care system financing strategies. Using data across the OECD, I find that almost all financing choices are compatible with efficiency in the delivery of health care, and that there has been no consistent and systematic relationship between financing and cost containment. Using data on expenditures and life expectancy by income quintile from the Canadian health care system, I find that universal, publicly-funded health insurance is modestly redistributive. Putting \$1 of tax funds into the public health insurance system effectively channels between \$0.23 and \$0.26 toward the lowest income quintile people, and about \$0.50 to the bottom two income quintiles. Finally, a review of the literature across the OECD suggests that the progressivity of financing of the health insurance system has limited implications for overall income inequality, particularly over time.

38273

RAPPORT

VASSELLE (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
Mission d'Évaluation et de Contrôle de la  
Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA.  
Cour des Comptes. Paris. FRA

### ***Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages.***

Paris : Sénat : 2008 : 101p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6490

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-385-notice.html>

La Commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et les transferts opérés entre assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires et ménages. Au moment où s'ouvre le débat sur la redéfinition nécessaire du partage des efforts en matière de prise en charge du coût de la santé dans notre pays, ce travail offre un éclairage utile sur l'un des principaux enjeux de l'avenir de notre protection sociale. Basé sur les résultats de cette évaluation, le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale tire trois constats de l'étude de la Cour. Les frais de gestion sont en moyenne cinq fois plus importants chez les assureurs complémentaires que pour l'assurance maladie obligatoire. L'étude de la Cour met également l'accent sur le montant des fonds publics à l'accès aux complémentaires particulièrement élevé. En additionnant les diverses aides, on obtient un montant total de 7,6 milliards d'euros, soit environ 35 % du montant des prestations complémentaires versées. Enfin, la santé financière de l'assurance complémentaire apparaît globalement bonne, dans un contexte où les cotisations ont augmenté plus vite que les prestations. Ce qui n'empêche pas la Commission des affaires sociales de conclure que ces constats semblent légitimer a priori de nouveaux transferts de charge en direction des complémentaires. Cependant plusieurs facteurs incitent à la prudence, tels la faiblesse des informations statistiques et les lacunes importantes dans la couverture de la population (7 % à 8 % de nos concitoyens ne disposant pas d'une complémentaire).

38450

RAPPORT

BUR (Y.), DOOR (J.P.), JACQUAT (D.),  
FERON (H.)

Assemblée Nationale. Commission des  
Affaires Culturelles - Familiales et Sociales.  
Paris. FRA

### ***Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 207-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008.***

Paris : Assemblée nationale : 2008 : 93p.,  
tabl., ann.

Cote Irdes : B6511

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0965.pdf>

Le rapport d'évaluation sur la mise en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 montre, tout d'abord, que le nombre de textes réglementaires publiés tend à s'accroître dans les semaines, voire les jours qui la précèdent. Sur les 101 articles de la loi de financement 2008, seuls 34 exigent la publication d'au moins un texte réglementaire d'application (décret ou arrêté) ou d'une convention. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des 67 articles restants n'en doivent pas moins être appréciés en termes de mise en oeuvre. Il ne faut en effet pas perdre de vue que l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en oeuvre effective d'une disposition. Il démontre ensuite qu'au 17 juin 2008, soit six mois après la publication de la loi, le nombre de textes réglementaires d'application nécessaires à la mise en application complète de la loi publiée est extrêmement faible, à peine un cinquième des textes (12 sur 61 et 0 convention). En cause : le nombre considérable de dispositions contenues dans la loi, le fait que les ministères n'ont pas toujours été en mesure de préparer les textes d'application parallèlement à l'élaboration du projet de loi, la traditionnelle lourdeur des processus administratifs, les longues concertations ministérielles. Le rapport propose enfin le contenu du débat avec les ministres qui a suivi les exposés des rapporteurs Yves Bur, Jean-Pierre Door, et Hervé Féron.

38451

RAPPORT  
BUR (Y.)

Assemblée Nationale. Commission des  
Finances et des Affaires Sociales. Paris. FRA

**Rapport d'information sur les exonérations  
de cotisations sociales.**

Paris : Assemblée nationale : 2008 : 116p.

Rapport d'information ; 1001

Cote Irdes : B6512

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1001.pdf>

72 dispositifs dont le coût s'élève à environ 50 milliards d'euros, en grande partie compensés par le budget de l'État : les exonérations de cotisations et contributions sociales, aussi foisonnantes que considérables, méritaient que les commissions des affaires sociales et des finances joignent leurs efforts, afin d'éclairer les données de la question et de contribuer à la réflexion dans ce domaine. Elles l'ont fait au travers d'une mission d'information com-

mune (MIC] composée de six députés issus, à parité, de la majorité et de l'opposition. À partir d'un vaste état des lieux et du constat d'une évaluation lacunaire de l'impact des mesures aujourd'hui en vigueur, le rapport se place dans la perspective d'une révision générale des exonérations de cotisations sociales. Il entend, au fil de ses vingt-trois propositions, mettre à la disposition des acteurs du débat sur le financement de la protection sociale une « boîte à outils » dans laquelle ils pourront puiser. Il sera ainsi possible de déterminer la meilleure façon de combiner l'action sur les différents déterminants de la politique d'allègements généraux. Bien que celle-ci ne puisse être qualifiée de « cadeau aux entreprises », son évolution peut d'autant moins s'inscrire dans le long terme qu'une intégration dans le barème des cotisations sociales (« barémisation »] paraît, au mieux, trop précoce, et, au pire, vaine ou complexe. La mission souhaite par ailleurs que les exonérations ciblées fassent l'objet d'un réexamen complet sur la base d'un modèle commun de cahier des charges. Le rapport propose également l'instauration, au profit des régimes obligatoires de base, d'une contribution de solidarité de 5 % (« flat tax ») sur l'ensemble des « niches sociales » qui ne sont pas comprises dans l'assiette des cotisations. Enfin, il suggère des lignes directrices pour la gouvernance des futures mesures d'exonération, qui devraient être évaluées ex ante, soumises à un objectif de coût, ratifiées par les lois de financement de la sécurité sociale et systématiquement réévaluées après trois ans d'application.38454

RAPPORT, INTERNET  
VASSELLE (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
Paris. FRA

**Finances sociales : quel chemin vers  
l'équilibre ?**

Paris : Assemblée nationale : 2008 : 68p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r07-456/r07-4561.pdf>

Le présent rapport, établi pour la préparation du débat d'orientation des finances publiques, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Après le dérapage constaté en 2007, l'exercice en cours devrait se traduire par un simple retour à la situation de 2006 et donc à un maintien du déficit du régime général aux alentours de 9 milliards d'euros. A un moment où le ralentissement de l'activité et la hausse de l'inflation accroissent considérablement les contraintes financières pesant sur

les budgets et à la veille de l'élaboration de la première loi de programmation des finances publiques, il apparaît indispensable de prendre les moyens d'assainir durablement les finances publiques et de cesser de reporter les dépenses d'aujourd'hui sur les générations de demain. Le retour à l'équilibre du régime général de la Sécurité sociale, espéré par le Gouvernement pour 2011, exige qu'un certain nombre de conditions soient respectées. Certaines, comme le traitement des déficits accumulés, ont un caractère urgent et peuvent être réglées rapidement ; d'autres sont de nature plus structurelles et complexes mais ne doivent pas pour autant être reportées. La commission des affaires sociales préconise ici quelques orientations dans l'attente des rendez-vous à venir.

## ► HCAAM

38436

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

**Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2008.**

Paris : HCAAM : 2008/07 : 101p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6513

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam\\_rapport2008.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf)

Le rapport 2008 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, adopté le 10 juillet 2008 à la majorité de ses 58 membres, comporte trois chapitres. Le premier traite de la situation financière de l'assurance maladie. Le second traite du système de prise en charge et du partage des dépenses entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages. Le troisième reprend une partie des travaux du HCAAM de 2007/2008. On y analyse deux secteurs – les prestations en espèces maladie et les dispositifs médicaux – moins connus et commentés. Le rapport ne comprend pas de volet hospitalier en raison du calendrier des travaux du Conseil qui traitera ce sujet majeur à l'automne 2008. Le conseil examinera la note et le projet d'avis sur le médicament lors de la séance du 25 septembre 2008.

## ► Historique

38393

OUVRAGE

PETILLAT (C.) / dir., FERRI (L.) / collab., SCHMITT (M.P.), THOMAS (V.), WOELFING (C.)

Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. (C.H.S.S.). Paris. FRA

**Archives de Pierre Laroque : 1907-1997.**

Paris : Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité sociale ; Paris : La Documentation française : 2007 : 184p., ann.

Cote Irdes : A3742

Les documents qui composent ce fonds concernent la plupart des activités professionnelles et privées de Pierre Laroque, de ses études aux dernières années de sa vie. Ils éclairent certains aspects jusqu'alors peu documentés de son parcours, et témoignent de ses méthodes de travail personnelles à la section du contentieux du Conseil d'État dans ses fonctions successives de rapporteur, de commissaire du gouvernement, de président de sous-section et enfin de président-adjoint. Ils rendent compte également de sa participation à des instances très diverses ainsi que du rôle d'expert qu'il a rempli sur le plan international. Ils permettent de mieux comprendre l'évolution de la personnalité de Pierre Laroque, du jeune étudiant à l'homme public qu'il est devenu mais aussi de sa personnalité, grâce aussi à sa correspondance qui atteste des réseaux auxquels il appartenait comme des liens personnels qu'il entretenait.

37906

OUVRAGE

MERLEN (E.), PLOQUIN (F.)

**Ma sécu : de la libération à l'ère Sarkozy.**

Paris : Editions Fayard : 2008 : 413p., carte, ann.

Cote Irdes : A3712

<http://www.fayard.fr/livre/fayard-214163-Ma-secu-de-la-Liberation-a-l-ere-Sarkozy-Frederic-Ploquin-hachette.html>

Cet ouvrage réalisé par deux journalistes : Eric Merlen et Frédéric Ploquin est le résultat d'une enquête menée pendant trois ans auprès de professionnels de la santé, y compris d'anciens ministres de la santé. Il dresse une analyse critique de l'histoire de la Sécurité sociale en France

## Retraite

37580

FASCICULE, INTERNET  
BERTEAU-RAPIN (C.), METTE (C.)  
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.  
(C.N.A.V.). Paris. FRA

### **Les motivations de départ à la retraite.**

CADR'AGE : 2008/03 : 1-6

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cnav.fr/5etude/documentation/cadrage/N2\\_03\\_2008/Cadrage\\_2.pdf](http://www.cnav.fr/5etude/documentation/cadrage/N2_03_2008/Cadrage_2.pdf)

Durant l'été 2007, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse a réalisé une étude visant à cerner les motivations des assurés à liquider leur retraite, afin d'éclairer le constat d'un départ de plus en plus précoce. Si les assurés optent pour le départ en retraite le plus rentable, celui-ci est toutefois largement contraint par le contexte professionnel actuel allant dans le sens d'une détérioration des conditions de travail. Enfin les inquiétudes quant à l'avenir du système de retraite ou des facteurs plus personnels tels que la situation familiale ou la santé peuvent également infléchir la décision finale.

38278

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
MARTIN (J.P.), WHITEHOUSE (E.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

### **Reforming Retirement-Income Systems: Lessons from the Recent Experiences of OECD Countries.**

*Réforme des revenus liés à la retraite : leçons tirées des expériences récentes dans les pays de l'OCDE.*

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2008/04 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3521.pdf>

Reforming pensions looms large over the policy agenda of OECD countries. This is hardly surprising since public spending on pensions accounted on average for 7 per cent of OECD GDP in 2005; and this pension spending effort is set to increase significantly over the coming decades in response to population ageing. Pension policy is indeed challenging and controversial because it involves long-term decisions in the face of numerous short-term political pressures. However, the status quo does not always win out so far as pension re-

form is concerned: public finance crises and the looming threat of ageing populations have proved effective spurs for reform. As a result, much has been done since the early 1990s to make pension systems fit for the future. Nearly all the 30 OECD countries have made at least some changes to their pension systems in that period. In 16 of them, there have been major reforms that will significantly affect future benefits. The purpose of this paper is to summarise these reforms and highlight the main lessons. Section 1 looks at which countries reformed their pensions systems and which did not. It also examines the fiscal challenges posed by public pensions. Section 2 describes the measures in the reforms themselves. These include, among other things, increases in pension age, changes in the way benefits are calculated and smaller pension increases in retirement than in the past. Section 3 explores the impact of these reforms on future pension entitlements of today's retirees, showing a clear trend to a lower pension promise for today's workers than for past generations. This means that people will need to save more for their own retirement via private pension schemes, an issue examined in Section 4. This is followed in Section 5 by a review of the main outstanding challenges facing pension systems in OECD countries. The final section presents some concluding remarks.

38467

RAPPORT, INTERNET  
GREFF (C.)

Assemblée Nationale. Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité des Chances entre les Hommes et les Femmes. Paris. FRA

### **Rapport d'information sur les femmes et leur retraite.**

Paris : Assemblée nationale : 2008/07 : 106p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1028.pdf>

Au moment où s'est ouvert le deuxième rendez-vous sur les retraites, la Délégation aux droits des femmes a souhaité examiner plus particulièrement la question des pensions de retraites servies aux femmes. En effet, aux forts écarts existant entre les hommes et les femmes en matière de pensions de retraite, s'ajoute la grande dispersion des retraites servies aux femmes qui placent certaines d'entre elles dans des conditions économiques extrêmement précaires. Sans méconnaître la nécessité de garantir dans la durée l'équilibre des régimes de retraite, des correctifs

## D Maladies cardiovasculaires

38373

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
VAN GOOLE (K.), HAAS (M.), SAINSBURY  
(P.), GILBERT (R.)University of Technology. Centre for Health  
Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS***When is an ounce of prevention worth a  
pound of cure: The case of cardiovascular  
disease ?****Une once de prévention vaut-elle mieux qu'une  
once de guérison ? Le cas des pathologies  
cardiovasculaires.*Sydney : Centre for Health Economics  
Research and Evaluation : 2007/01 : 20p.,  
tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006\\_1.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_1.pdf)

The objective of this paper is to provide decision makers with a tool to inform resource allocation decisions at the local level, using cardiovascular disease prevention as an example. Evidence from the international literature was extrapolated to estimate the health and financial impacts in Central Sydney Area Health Service (CSAHS) of three different prevention programs; smoking cessation; blood pressure reduction and cholesterol lowering. The cost-effectiveness analysis framework was reconfigured to 1) estimate the risk of CVD in the community using local risk factor data, 2) estimate the number of CVD events prevented through investment in preventive programs and 3) estimate the local financial flow-on effects of prevention on acute care services. The model developed here estimates an upper bound of what local decision makers could spend on preventive programs whilst remaining consistent with their willingness to pay for one additional life-year gained. The model predicted that over a five-year period the cumulative impact of the three programs has the potential to save 1245 life-years in people aged 40-79 years living in CSAHS. If decision-makers are willing to invest in cost-saving preventive programs only, the model estimates that they can spend up \$12 per person in the target group per year. However, if they are willing to spend \$70,000 per life-year gained, this amount rises to \$201. Modelling the impact of preventive activities on the acute care health system enables us to estimate the amount that can be spent on preventive

sont indispensables pour compenser certaines conséquences des carrières professionnelles des femmes et des inégalités professionnelles, ainsi que les effets des modalités de calcul des pensions. On ne peut, en effet, se contenter d'attendre une amélioration des conditions d'emploi des femmes qui ne sera que très lente, pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent. Des dossiers consacrés à l'évolution des droits familiaux et conjugaux sont, par ailleurs, disponibles sur le site du Conseil d'orientation des retraites : niveau de vie au moment du veuvage (16 documents) : <http://www.cor-retraites.fr/article334.html>

## D RMI

37612

DOCUMENT DE TRAVAIL  
PERIVIER (H.)Observatoire Français des Conjonctures  
Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA***La place du RMI dans le système des minima  
sociaux.***

Document de travail; n°2008-08

Paris : OFCE: 2008/03 : 16p., tabl.

Cote Irdes : B6446

[http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/dtravail/  
WP2008-08.pdf](http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/dtravail/WP2008-08.pdf)

Depuis la création du RMI en 1988, les débats sur une simplification de l'ensemble du système des minima sociaux se sont constamment renouvelés, avec une acuité particulière ces dernières années. La complexité du dispositif, son manque de lisibilité, certaines inégalités de traitement entre les bénéficiaires liées aux différentes aides attribuées selon le statut et non selon les revenus sont pointées. Ces critiques et propositions alimentent la réflexion sur la pertinence d'un système unifié de minima sociaux d'insertion, intégrant à la fois le RMI, mais aussi l'allocation parent isolé (API) et l'allocation spécifique de solidarité (ASS). Cet article vise précisément à éclairer cette question et à en souligner les enjeux et les limites.

programs. The model is flexible in terms of its ability to examine these impacts in a variety of settings and therefore has the potential to be a useful resource planning tool.

## ► Cancer

37294

RAPPORT, INTERNET  
ROCHEFORT (H.), ROUESSE (JACQUES)  
Académie Nationale de Médecine. Paris.  
FRA, Académie Nationale des Sciences.  
Paris. FRA

### **Cancers du sein, incidence et prévention.**

Paris : Académie Nationale de Médecine :  
2007 : 11p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.academie-medecine.fr/pdfPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1198>

Dans tous les pays à revenus élevés, l'augmentation considérable de l'incidence des cancers du sein invasifs depuis ces trente dernières années atteignant, en France, plus de 41 000 cas annuels fait que ce cancer est devenu un problème de santé Publique. C'est le premier cancer féminin en terme de fréquence et de mortalité. La mortalité est restée stable avec 11 000 décès par an et amorce une diminution depuis 2000 du fait des progrès thérapeutiques et du dépistage entre 50 et 74 ans par une mammographie tous les 2 ans. La prévention pose de nombreux problèmes l'étiologie de ces cancers étant multifactorielle. Elle repose sur la définition des indicateurs individuels de risque. Mises à part les rares cas (6 à 10% des cas) liés à une prédisposition génétique qui relèvent d'une attitude diagnostique et de prévention spécifique et celles qui concernent les lésions « pré invasives » biopsiées (cancers in situ et prolifération avec atypies), l'appréciation du risque est insuffisante. Cependant on peut dès maintenant proposer quelques attitudes de prévention. Les données épidémiologiques montrent que des règles de bonne hygiène de vie évitant le sédentarisme, l'obésité après la ménopause, l'abus d'alcool et le tabagisme devraient avoir une action bénéfique. Une modification de la vie génitale privilégiant l'allaitement au sein, une première grossesse précoce et des prescriptions plus modérées des traitements hormonaux des symptômes de la ménopause pourraient aussi diminuer l'incidence. Celle ci a baissé aux USA depuis la baisse de 50% des prescriptions hormonales après la ménopause. En ce qui concerne les formes très majoritaires qui expriment les récepteurs des estrogènes, les

données de prévention médicamenteuses à base d'anti-estrogènes (ou SERM) apportées par des essais randomisés sont prometteuses et doivent amener à réviser l'attribution de certaines autorisations de mise sur le marché en chimio-prévention pour les femmes à très haut risque de cancer du sein et à encourager de nouvelles études randomisées. Enfin un effort supplémentaire de recherche orienté vers une meilleure connaissance de la cancérogenèse mammaire humaine devrait aboutir à une prévention ciblée des cancers du sein qu'ils expriment ou non des récepteurs des estrogènes.

38274

RAPPORT  
Haut Conseil de la Santé Publique.  
(H.C.S.P.). Paris. FRA

### **Evaluation du plan cancer : rapport d'étape. Volume 1 : les objectifs de la loi de santé publique de 2004 relatifs à la prévention et au dépistage des cancers.**

Paris : HCSP : 2008 : 110p., tabl.

Cote Irdes : B6486

[http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20080402\\_PlanCancer.pdf](http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20080402_PlanCancer.pdf)

Ce rapport présente les premiers éléments d'évaluation du Plan cancer 2003-2007 réalisée par le Haut Conseil de la santé publique, dont l'objectif était d'analyser l'impact du plan, pour dégager les principales orientations du plan futur. Le Plan cancer 2003-2007 s'articulait autour de 70 mesures concernant l'observation de la santé, la prévention, le dépistage, le soin et l'accompagnement des malades, la formation, la recherche et prévoyait la création de l'INCa (Institut National du Cancer). Les résultats présentés ici portent sur les deux seuls axes du Plan : prévention et dépistage des cancers. Les autres axes feront l'objet d'un rapport à la fin de cette année. Cette évaluation souffre d'un manque de recul indispensable pour disposer des données nécessaires.

38435

INTERNET, RAPPORT  
GORZA (M.), ANCELLE-PARK (R.), BLOCH (J.)  
Institut National de Veille Sanitaire. (I.V.S.).  
Département des Maladies Chroniques.  
Saint-Maurice. FRA

### **Programme national de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2005.**

Saint-Maurice : INVS : 2008/06 : 6p., 7 tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/depistage\\_cancer\\_sein/depistage\\_cancer\\_sein.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/depistage_cancer_sein/depistage_cancer_sein.pdf)

En 2005, la mise en place du programme national de dépistage organisé selon les modalités du cahier des charges 2001 était effective sur l'ensemble des départements français, Départements d'outre-mer compris. Cette publication dresse un bilan de ce programme de dépistage organisé.

## ► Disease management

38351

RAPPORT, INTERNET  
COULTER (A.), PARSONS (S.), ASKHAM (J.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Brussels. BEL,  
Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### ***Where are the patients in decision-making about their own care?***

*Qu'en est-il de la latitude décisionnelle des patients au regard de leurs soins ?*

Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 26p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_ePB\\_6.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_ePB_6.pdf)

Patients can play a distinct role in protecting their health, choosing appropriate treatments for episodes of ill health and managing chronic disease. Considerable evidence suggests that patient engagement can improve their experience and satisfaction and also can be effective clinically and economically. This policy brief outlines what the research evidence tells us about the effects of engaging patients in their clinical care, and it reviews policy interventions that have been (or could be) implemented in different health care systems across Europe. In particular, it focuses on strategies to improve : health literacy, treatment decision-making and self-management of chronic conditions.

## ► Programmes de santé

38349

INTERNET, RAPPORT  
MCDAID (D.), DRUMMOND (M.), SUHRCKE (M.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Brussels. BEL,  
Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### ***How can European health systems support investment in and the implementation of population health strategies?***

*Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils encourager le financement et le développement de stratégie de santé populationnelle ?*

Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_ePB\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_ePB_2.pdf)

Poor health in Europe has substantial health and socioeconomic costs. Much of this burden might be avoided by implementing effective population health strategies, both within and outside the health system. A broad approach to promoting population health requires a combination of upstream and downstream measures. Upstream measures may include measures that, among other goals, can help promote health, such as fiscal redistribution, improving the quality of housing and using incentives to encourage students to stay in school. Downstream measures include health promotion and primary disease prevention action, often targeting individual behaviour and lifestyle. To support investment in population health strategies, health systems must be able to identify not only what works and at what cost but also in what context. Mechanisms to allow such information to be fed into the policy deliberation process and also to facilitate the implementation of agreed population health strategies are then required.



## ► Voyages internationaux

37875

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Genève. CHE

***International Travel and Health 2008.***

*Voyages internationaux et santé 2008.*

Genève : OMS : 2008 : 236p., index

Cote Irdes : c, A3738

<http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=18&codcch=08>

L'objectif de cet ouvrage est de mieux faire connaître les risques sanitaires auxquels les voyageurs sont exposés et les précautions qu'ils doivent prendre pour protéger leur santé. Restructuré et considérablement enrichi, l'ouvrage donne des renseignements sur l'ensemble des risques pour la santé que l'on peut rencontrer dans certains endroits et qui peuvent être associés à certains types de voyages - voyages d'affaires ou d'agrément, missions humanitaires, randonnées ou expéditions. L'information est destinée à aider le corps médical à être pleinement conscient des risques potentiels et à fournir des conseils judicieux, qu'il s'agisse des vaccinations recommandées, de la protection contre les insectes et autres vecteurs de maladies, ou de la sécurité dans divers environnements.

## DÉPENSES DE SANTÉ

## ► Dépenses pharmaceutiques

37282

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CIVAN (A.), KOKSAL (B.)

***The Effect of Newer Drugs on Health Spending: Do They Really Increase the Costs?***

*L'effet des nouveaux médicaments sur les dépenses de santé : font-ils vraiment augmenter les coûts ?*

Munich : Munich Personal RepEc Archive :  
2007/10 : 25p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpira.ub.uni-muenchen.de/6846/1/MPRA\\_paper\\_6846.pdf](http://mpira.ub.uni-muenchen.de/6846/1/MPRA_paper_6846.pdf)

We analyze the influence of technological progress on pharmaceuticals on rising health expenditures using US State level panel data. Improvements in medical technology are believed to be partly responsible for rapidly rising health expenditures. Even if the technological progress in medicine improves health outcomes and life quality, it can also increase the expenditure on health care. Our findings suggest that newer drugs increase the spending on prescription drugs since they are usually more expensive than their predecessors. However, they lower the demand for other types of medical services, which causes the total spending to decline. A one-year decrease in the average age of prescribed drugs causes per capita health expenditures to decrease by \$31.92. The biggest decline occurs in spending on hospital and home health care due to newer drugs.

37855

RAPPORT, INTERNET

Canadian Institute for Health Information.  
(C.I.H.I.). Ottawa. CAN

***Drug expenditure in Canada 1985 to 2007.***

*Les dépenses pharmaceutiques au Canada de 1985 à 2007.*

Ottawa : C.I.H.I. : 2008 : 148p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Drug\\_Expenditure\\_in\\_Canada\\_1985\\_2007\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Drug_Expenditure_in_Canada_1985_2007_e.pdf)

Depuis 1985, la part des médicaments dans les dépenses totales de santé au Canada n'a cessé de grimper. En 2007, les dépenses en médicaments auront atteint 26,9 milliards de dollars, soit 16,8 % des dépenses totales de santé. Parmi les principales catégories de dépenses de santé, les médicaments représentent la deuxième part en importance, après les hôpitaux. Le rapport Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2007, qui s'inscrit dans la série de rapports de la Base de données sur les dépenses nationales de santé, met à jour les tendances relatives aux dépenses en médicaments au Canada entre 1985 et 2007. Les données, qui proviennent principalement des points de vente, sont présentées globalement, selon le type de financement (public ou privé) et selon le type de médicaments (prescrits ou non prescrits). Le rapport comprend également des comparaisons provinciales et territoriales. Les tendances internationales sont mises à jour en fonction des données de l'OCDE.

## ► Listes d'attente

37005

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
STOCKS (E.), SOMERVILLE (R.)  
Center for Spatial Economics. Milton. CAN  
Canadian Medical Association. Ottawa. CAN

### ***The economic cost of wait times in Canada.***

*Coût économique des temps d'attente au Canada.*

Ottawa : Canadian Medical Association :  
2007/11 : 57p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Media\\_Release/pdf/2008/EconomicReport.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2008/EconomicReport.pdf)

This study presents the economic costs of excessive wait times in Canada's medical system. It updates and extends analysis conducted in 2006 for the Canadian Medical Association and the British Columbia Medical Association. Unlike other studies that have examined the overall cost of wait lists and that therefore have had limited value in targeting health care spending, the costs presented in this study are those incurred by waiting longer than medically recommended for treatment. This "excess wait" is what current policy initiatives are attempting to reduce. The study, therefore, estimates the potential economic benefits that can be achieved through successful health care policy initiatives to eliminate these wait times. Of the 4 priority areas reviewed in this study, the highest economic costs are generated for total joint replacement surgery (an average of around \$26 400 per patient), followed by MRIs (\$20 000) and CABG surgery (\$19 400) with cataract surgery yielding the lowest costs (\$2900). Although significant differences in costs exist among the provinces, no one province has either the highest or the lowest costs in all priority areas.

## ► Vieillesse

38262

CHAPITRE  
OGAWA (N.), MASON (A.), MALIKI,  
MATSUKURA (R.), NEMOTO (K.)  
CLARK (R.) / éd., OGAWA (N.) / éd., MASON  
(A.) / éd.

### ***Population aging and health care spending in Japan : public- and private-sector responses.***

*Vieillesse de la population et dépenses de santé au Japon : les réponses du secteur public et du secteur privé.*

In : Population aging, intergenerational transfers and the macroeconomy.

Cheltenham : Edward Elgar Publishing :  
2007 : 192-223, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3731

[http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry\\_Main.lasso?id=12608](http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=12608)

Après un aperçu sur l'évolution du système de protection sociale japonais depuis les années soixante, ce chapitre étudie l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.

## CONSOMMATION MÉDICALE

### ► Consommateurs de soins

38412

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
GRANLUND (D.), RUDHOLM (N.)  
Swedish Retail Institute. (H.U.I.). Stockholm.  
SWE

### ***Consumer Loyalty in the Swedish Pharmaceuticals Market***

*La fidélité des consommateurs dans le marché pharmaceutique suédois.*

HUI working papers; 17

Stockholm : HUI : 2008/05 : 2vol. (9; 7p.),  
tabl., fig, ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.hui.se/LitiumDokument20/GetDocument.asp?archive=3&directory=72&document=1024>

<http://www.hui.se/LitiumDokument20/GetDocument.asp?archive=3&directory=72&document=1025>

The purpose of this paper is to test if consumer loyalty is stronger toward brand name pharmaceutical products and branded generics as compared to «true» generics in the Swedish pharmaceutical market. The results show that consumers are equally loyal toward brand name pharmaceuticals and branded generics, while substantially less loyal toward generics. The results thus seem to give support to the idea that brand name recognition is important in creating consumer loyalty toward pharmaceutical products.

## Accidents

38461

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DARRI-MATTIACI (G.), LANGLAIS (E.)  
Amsterdam Center for Law and Economics.  
Amsterdam. NLD, Tinbergen Institute.  
Tinbergen. NLD  
University of Munich. Munich. DEU

### **Social wealth and optimal care.**

*Richesse sociale et soins optimaux.*

Munich Personal Repec Archive (MPRA)  
Paper ; 9418.

Munich : University of Munich, Munich  
Personal RePEc Archive : 2008/06 : 28p.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpa.ub.uni-muenchen.de/9418/1/MPRA\\_paper\\_9418.pdf](http://mpa.ub.uni-muenchen.de/9418/1/MPRA_paper_9418.pdf)

Many accidents result in losses that cannot be perfectly compensated by a monetary payment. Moreover, often injurers control the magnitude rather than the probability of accidents. We study the characteristics of optimal levels of care and distribution of risk under these circumstances and show that care depends on the aggregate wealth of society but does not depend on wealth distribution. We then examine whether ordinary liability rules, regulation, insurance, taxes and subsidies can be used to implement the first-best outcome. Finally, our results are discussed in the light of fairness considerations (second best).

## Alcoolisme

37537

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
TRUONG (K.D.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

### **Essays on Environmental Determinants of Health Behaviors and Outcomes.**

*Essais sur les déterminants environnementaux des comportements de santé et leur impact.*

Santa Monica : Rand corporation : 2008 : 140p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://rand.org/pubs/rgs\\_dissertations/2008/RAND\\_RGSD228.pdf](http://rand.org/pubs/rgs_dissertations/2008/RAND_RGSD228.pdf)

This dissertation consists of four stand-alone essays that focus on alcohol and food environments. They examine the following: (1) Dispari-

ties in alcohol environments and their relationship to adolescent drinking. Nineteen percent of all expenditure on alcohol in 1999 was attributed to underage drinking. Alcohol outlets located in close proximity to homes are significantly associated with adolescents' binge drinking and driving after drinking. (2) The spatial location of alcohol outlets and problem drinking among the adult population. There is consistent evidence of a concentration of alcohol retailers in minority and low-income neighborhoods in California. Some types of alcohol outlets are found to be associated with excess alcohol consumption and heavy episodic drinking among the adult population with indirect effects such as drunk driving and violent crime. (3) Weight gain trends across sociodemographic groups in the United States. Although sociodemographic disparities in obesity are well-documented, weight gain trend is quite similar across sociodemographic groups — probably due in part to broadly environmental factors such as transportation and community design. (4) Retail food environments. Retail food outlets are associated with individual obesity status. Improving the supply of and access to healthy food choices can play a role in the prevention of obesity.

## Asthme

37669

RAPPORT, INTERNET  
European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Association. (E.F.A.).  
Bruxelles. BEL

### **Fighting for Breath - A European Patient Perspective on Severe Asthma.**

*Se battre pour le souffle : une perspective européenne pour les patients souffrant d'asthme sévère.*

Bruxelles : European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Association : 2008 : 30p.,

Cote Irdes : En ligne

[http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting\\_For\\_Breath1.pdf](http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf)

This is the first report to communicate the experience of Europeans with severe asthma symptoms, by the patients. We hope that this report will encourage national governments and the EU to prioritise severe asthma and increase awareness and information among the public, patients and healthcare professionals.

## ► Cancer

36604

RAPPORT

Institut National du Cancer. (I.N.C.A).  
Boulogne-Billancourt. FRA

***Alcool et risque de cancers. Etat des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique.***

Paris : INCA : 2007/11 : 55p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : B6281

<http://www.e-cancer.fr/v1/retournefichier.php?id=2671>

Ce rapport d'expertise collective se situe dans le prolongement des Etats généraux de l'alcool de 2006 et a pour objet de faire le point des connaissances sur la relation entre la consommation d'alcool et le risque de cancers. Pour les principaux cancers liés à l'alcool sont examinés la démonstration du risque, l'interaction de l'alcool avec les autres facteurs de risque, la variabilité de réponse individuelle à l'alcool en relation avec les polymorphismes génétiques, la relation dose-effet, l'influence des modalités de consommation, et enfin les mécanismes d'action plausibles.

38245

OUVRAGE

LE CORROLLER-SORIANO (A.G.) / coord.,  
MALAVOLTI (L.) / coord., MERMILLIOD (C.) /  
coord.

***La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades.***

Paris : La documentation française : 2008 :  
408p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3733

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm>

Pour la première fois en France, une enquête permet de connaître la situation des personnes touchées par le cancer après la phase initiale de leur maladie. Elle adopte les approches suivantes : - perception de la maladie par les personnes touchées et de leurs relations avec les professionnels de santé (verbalisation du diagnostic, perception de la guérison, annonce de la maladie, accès à l'information, participation au choix du traitement) ; - qualité de vie deux ans après le début de la maladie, des difficultés psychologiques rencontrées et des soutiens professionnels obtenus ; - conséquences sur la vie sociale et sur la vie privée.

## ► Comportement alimentaire

38280

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GOODE (A.), KOSTAS (G.), SMITH (M.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

***Intergenerational Transmission of Healthy Eating Behaviour and the Role of Household Income.***

*Transmission intergénérationnelle de comportements alimentaires sains et le rôle du revenu du ménage.*

Bonn : The Institute for the Study of Labor :  
2008 : 23p., tabl., ann.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3535.pdf>

This paper investigates the possibility of intergenerational transmission of unhealthy eating habits from parents to adult children. It uses the 2003 Scottish Health Survey and estimates the association between the present healthy eating behaviour of adult children and the past parental death from cardiovascular disease (CVD). It uses parental CVD death as an adverse health signal which may cause a healthy eating compensatory response in adult children. This response is due to increased chances and perception of genetic predisposition of adult children as well as an indicator for parental past unhealthy eating habits which may have been passed onto the adult children. Regression analysis suggests that paternal history has no impact on either sons or daughters, and maternal history influences negatively the eating behaviour of daughters only. Unhealthy eating intergenerational transmission appears to be more intense amongst lower household income individuals.

## ► Enfance et santé

37937

DOCUMENT DE TRAVAIL

CURRIE (J.)

National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Healthy, wealthy, and wise : socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development.***

*En bonne santé, riche et avisé : facteurs socio-économiques, mauvaise santé durant l'enfance et le développement du capital humain.*

NBER Working Paper Series ; 13987

Cambridge : NBER : 2008/05 : 53p., tab., graph., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13987>

There are many possible pathways between parental education, income, and health, and between child health and education, but only some of them have been explored in the literature. This essay focuses on links between parental socioeconomic status (as measured by education, income, occupation, or in some cases area of residence) and child health, and between child health and adult education or income. Specifically, I ask two questions: What is the evidence regarding whether parental socioeconomic status affects child health? And, what is the evidence relating child health to future educational and labor market outcomes? I show that there is now strong evidence of both links, suggesting that health could play a role in the intergenerational transmission of economic status.

38290

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SMITH (J.P.)

Rand Corporation. Santa Monica CA. USA,  
University College Dublin. Belfield. IRL

***The Impact of Childhood Health on Adult Labor Market Outcomes.***

*L'impact de l'état de santé que connaît l'individu pendant son enfance sur ses résultats à l'âge adulte sur le marché du travail.*

Belfield : University College Dublin : 2008 : 43p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://geary.ucd.ie/images/Publications/WorkingPapers/gearywp200814.pdf>

This paper examines impacts of childhood health on SES outcomes observed during adulthood- levels and trajectories of education, family income, household wealth, individual earnings and labor supply. The analysis is conducted using data that collects these SES measures in a panel who were originally children and who are now well into their adult years. Since all siblings are in the panel, one can control for unmeasured family and neighborhood background effects. With the exception of education, poor childhood health has a quantitatively large effect on all these outcomes. Moreover, these estimated effects are larger when unobserved family effects are controlled.

## ► Comportement et santé

38391

OUVRAGE

CAWLEY (J.) / éd., KENKEL (D.S.) / éd.

***The economics of health behaviours.***  
**3 volumes.**

*L'économie des comportements de santé.*  
3 volumes.

Cheltenham : Edward Elgar Publishing : 2008 : 3 vol. (588p.+621p.+648p.), tabl., graph. fig., index

Cote Irdes : A3740/1-2-3

[http://www.e-elgar.co.uk/bookentry\\_main.lasso?id=3954](http://www.e-elgar.co.uk/bookentry_main.lasso?id=3954)

This three-volume set brings together the most important and interesting papers on the economics of health behaviours such as smoking, drinking, drug use, and risky sex. Volume I explores the theoretical foundations; it also includes empirical papers on the household production of health and the link between schooling and health. Volume II covers research into the prediction and explanations of health behaviours and into the labour market consequences of unhealthy behaviour. Volume III features interactions between health behaviours and the impact of related public policies. This authoritative collection will be of particular interest to economists, social scientists and health services researchers. 85 articles, dating from 1950 to 2006 Contributors include: M.C. Auld, G. Becker, D. Cutler, M. Grossman, J. Gruber, A. Jones, J. Mullahy, T. Philipson, C. Ruhm, J. Sindelar, F. Sloan, J. Van Ours.

## ► Données d'ensemble

37868

RAPPORT, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Genève. CHE

***World health statistics 2008.***

*Statistiques sanitaires mondiales 2008.*

Statistiques sanitaires mondiales.

Genève : OMS : 2008 : 110p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf)

World Health Statistics 2008 presents the most recent health statistics for WHO's 193 Member States. This fourth edition includes 10 high-

lights in health statistics, as well as an expanded set of over 70 key health indicators. The edition includes, for the first time, trend data where the statistics are available and of acceptable quality.

37930

RAPPORT, INTERNET  
Canadian Institute for Health Information.  
(C.I.H.I.). Ottawa ON. CAN, Statistics  
Canada. Ottawa ON. CAN, Institut Canadien  
d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.). Ottawa  
ON. CAN

**Health indicators 2008.**

*Indicateurs de santé 2008.*

Ottawa : C.I.H.I. : 2008 : 63p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/  
HealthIndicators2008\\_FRweb.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HealthIndicators2008_FRweb.pdf)

Cette publication est une compilation d'indicateurs qui permettent de mesurer l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, le rendement du système de santé et enfin, les caractéristiques communautaires et du système de santé. Cette information est présentée pour les grandes régions sanitaires du Canada, ainsi que les provinces et les territoires. Ces données sont compilées à partir d'une variété de sources et sont les plus récentes disponibles. De brèves définitions, les sources des données ainsi que le cadre conceptuel des indicateurs de santé sont inclus dans le rapport. À compter de l'année 2007, le rapport comprend également des analyses explicatives de certains indicateurs dans le but de faciliter l'interprétation et l'utilisation des données en mettant en relief les caractéristiques des patients et d'autres facteurs ayant un lien avec la variation des taux. Le rapport 2008 propose une analyse poussée d'un indicateur englobant sept maladies chroniques pouvant être pris en charge efficacement dans la collectivité mais susceptibles d'entraîner une hospitalisation dans un établissement de soins de courte durée.

38464

RAPPORT, INTERNET  
VAN DER VILK (E.A.), MELSE (J.M.),  
BROODER (J.M.), ACHTERBERG (P.W.)  
National Institute for Public Health and the  
Environment. (R.I.V.M.). Bilthoven. NLD

**Learning from our neighbours - Cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight,**

**depression, health inequalities, youth, screening.**

*Leçons de nos voisins - inspiration internationale pour la politique de santé néerlandaise : tabagisme, alcoolisme, obésité, dépression, inégalités de santé, jeunes adultes, dépistage.*

Bilthoven : RIVM : 2008 : 208p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rivm.nl/bibliotheek/  
rapporten/270626001.pdf](http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf)

This report was compiled at the request of the Ministry of Health, Welfare and Sport to gain more insight into the possibilities for improving health in the Netherlands, by looking at policies in other countries. Its main purpose is to gain inspiration, find out where we can learn from other countries and where there may still be unused chances for Dutch public health policy. It will enable us to take a fresh look at our own policies. This report is mainly looking for inspiration, opportunities and possibilities that can arise from an international orientation towards health policy. To obtain a good impression of the public health policies in other countries, the first section explains what is understood by public health and how we have to look at the policies in other countries (Section 1.2). Section 1.3 describes the scope and the method that was used. This general introduction to the report ends with a summary (Section 1.4) of the rest of the report, namely the seven thematic chapters that discuss smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth and screening.

## ► Maladies cardiovasculaires

38287

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET  
Institut Pasteur. Lille. FRA, Université Louis  
Pasteur. Strasbourg, Institut National de  
la Santé et de la Recherche Médicale.  
(I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

**Enquête MONA LISA : Présentation des premiers résultats.**

Strasbourg : Université Louis Pasteur : 2008 : 10p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.pasteur-lille.fr/fr/accueil/actualites/  
dossier\\_presse\\_monalisa.pdf](http://www.pasteur-lille.fr/fr/accueil/actualites/dossier_presse_monalisa.pdf)

L'étude MONA LISA (MONitoring NATional du rISque Artériel), réalisée entre 2005 et 2007, pilotée par l'Institut Pasteur de Lille, l'Université Louis Pasteur de Strasbourg et une unité

INSERM de Toulouse, et qui a pour objectif d'évaluer les principaux facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, diabète, lipides, tabac, hypertension artérielle) dans 3 régions de France (Bas-Rhin, Haute-Garonne, Communauté urbaine de Lille), présente des premiers résultats préoccupants. Selon cette étude, incluant 4800 personnes de 35 à 74 ans, deux tiers des hommes et la moitié des femmes présentent une surcharge pondérale ou une obésité. La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité augmente avec l'âge, de 54% pour les 35-44 ans à 77% pour les 65-74 ans chez l'homme et de 31 à 67% respectivement chez la femme. Concernant le diabète, c'est 2,3% des hommes et 1,2 % des femmes entre 35 et 44 ans qui sont concernés, 19,9% des hommes et 11,5% des femmes dans la tranche d'âges comprise entre 65 et 74 ans. Cette disparité en fonction de l'âge et du sexe s'accompagne de disparités régionales. L'étude indique également une « insuffisance d'efficacité dans la prise en charge ». La prise en charge est aussi qualifiée d'insuffisante concernant les dyslipidémies. Le tabagisme, autre facteur de risque cardio vasculaire, a diminué chez les hommes (de 30% en 1995-97 à 23% en 2005-2007) avec, dans l'étude Mona Lisa, 20% de fumeurs et davantage de fumeurs chez les 35 à 44 ans (28%) que dans la classe d'âges la plus élevée (11% pour les 65-74 ans). La prévalence est moindre chez les femmes (14%) et reste stable entre 35 et 64 ans. Le tabagisme féminin décroît aux âges plus avancés (9% entre 55 et 64 ans et 3% entre 65 et 74 ans). Enfin, en ce qui concerne l'hypertension artérielle (HTA), l'étude indique que « le contrôle des hypertendus traités s'est amélioré en une décennie » mais que « des progrès restent à faire », la prévalence globale de l'HTA étant de 53% chez les hommes et de 40% chez les femmes.

## Maladies chroniques

38302

RAPPORT, INTERNET  
Commission des Communautés  
Européennes. (C.C.E.). Direction Générale  
de la Santé et de la Consommation.  
Bruxelles. BEL

**Major and Chronic Diseases : Report 2007.**  
*Maladies principales et chroniques en Europe :  
Rapport 2007.*

Bruxelles : Office des publications officielles  
des Communautés Européennes : 2008 :  
308p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/non\\_com/docs/mcd\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf)

Ce rapport publié par la Commission avec l'aide de la Task Force of Chronic Disease s'attache à examiner les principales maladies affectant l'Europe d'aujourd'hui. Il couvre des domaines comme les maladies cardiovasculaires, la santé mentale, les cancers, le diabète, ou encore les troubles musculosquelettiques. Il souligne les évolutions récentes et leur impact économique et social.

## Météoropathologie

38291

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
KRUGER (N.A.)

**Climate Variability and Health: Sweden 1751-2004.**

*Variabilité climatique et santé : Suède 1751-2004.*

Working paper Series ; 4.

Orebro : Swedish School of Business :  
2008/04 : 19p., tab., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://d.repec.org/n?u=RePEc:hhs:oruesi:2008\\_004&r=hea](http://d.repec.org/n?u=RePEc:hhs:oruesi:2008_004&r=hea)

Several studies have examined the link between climate and health, mainly focusing on the short term impacts of extreme temperatures. This paper analyzes instead the long term relation between climate variability and health using Swedish temperature and mortality data for the period 1751-2004 using different time scales. We find that periods with higher temperature are associated with lower mortality. The results indicate that long term climate variations in annual mean temperatures and not short term variations explain the connection between temperature and mortality. Considering annual extreme temperatures, we find that extreme low winter temperatures are correlated with higher short term mortality. We identify the impact of the 11-year solar cycle on crop yields as a possible explanation for our findings. The results have besides their economic-historical merits implications for modern day policy for developing countries, especially since the correlation with solar activity implies predictability.

## ► Obésité

37921

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
ETILE (F.)  
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris.  
FRA

***Food price policies and the distribution of body mass index: Theory and empirical evidence from France.***

*Politique des prix des aliments et répartition de l'indice de masse corporelle. Données théoriques et empiriques françaises.*

Paris : PSE : 2008 : 44p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.pse.ens.fr/document/wp200828.pdf>

This paper uses French food expenditures data to examine the effect of the prices of 23 food product categories on the distribution of Body Mass Index (BMI) in a sample of French adults. A dynamic choice model that uses standard assumptions from Physiology is developed. It is shown that the slope of the price-BMI relationship is affected by the individual's Physical Activity Level (PAL). When the latter is unobserved, identification of price effects at conditional quantiles of the BMI distribution requires quantile independence between PAL and the covariates, especially income. Then, using quantile regression results, unconditional BMI distributions can be simulated for various price policies. It is found that increasing the price of beverages, fats and sugars and sweets by 10%, and decreasing the price of fruits and vegetables by 10% would reduce the prevalence of overweight and obesity by 7 and 5 percentage points respectively.

38190

DOCUMENT DE TRAVAIL  
PHILIPSON (T.), POSNER (R.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Is the obesity epidemic a public health problem ? a decade of research on the economics of obesity.***

*L'obésité est-elle un problème de santé publique ? une décennie de recherche sur l'économie de l'obésité.*

NBER Working Paper Series ; 14010

Cambridge : NBER : 2008/05 : 15p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14010>

The world-wide and ongoing rise in obesity has generated enormous popular interest and policy concern in developing countries, where it is rapidly becoming the major public health problem facing such nations. As a consequence, there has been a rapidly growing field of economic analysis of the causes and consequences of this phenomenon. This paper discusses some of the central themes of this decade long research program, aiming at synthesizing the different strands of the literature, and to point to future research that seems particularly productive.

38229

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CAWLEY (J.), SPIESS (C.K.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Obesity and developmental functioning among children aged 2-4 years.***

*Obésité et développement fonctionnel des enfants âgés de 2 à 4 ans.*

NBER Working Paper Series ; 13997

Cambridge : NBER : 2008/05 : 40p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13997>

This paper investigates the association between obesity and skill attainment in early childhood (aged 2-4 years). Data from the German Socio-Economic Panel Study are used to estimate models of developmental functioning in four critical areas (verbal skills, activities of daily living, motor skills, and social skills) as a function of various measures of weight (including body mass index and obesity) controlling for a rich set of child, parent, and family characteristics. The findings indicate that, among boys, obesity is associated with reduced verbal skills, social skills, motor skills, and activities of daily living. Among girls, obesity is associated with reduced verbal skills. Further investigations show that the correlations exist even for those preschool children who spend no time in day care, which implies that it cannot be due solely to discrimination by teachers, classmates, or day care providers.



38296

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SANZ-DE-GALDEANO (A.)  
Fundacion de Estudios de Economia  
Aplicada. (F.E.D.E.A.). Madrid. ESP

***An Economic Analysis of Obesity in Europe: Health, Medical Care and Absenteeism Costs.***

*Analyse économique de l'obésité en Europe : coûts de la santé, des soins et de l'absentéisme.*

Documento de Trabajo ; 2007-38 - Serie 6.

Madrid : FEDEA : 2007/12 : 34p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.fedea.es/pub/Papers/2008/dt2007-38.pdf>

Obesity is not only a health but also an economic phenomenon with potentially important direct and indirect economic costs that are unlikely to be fully internalized by the obese. In the US, obesity prevalence is the highest among OECD countries and the issue has long been the focus of policy debate and academic research. However, European obesity rates are rising and there is still a lack of economic analysis of the obesity phenomenon in Europe. This paper attempts to fill in this gap by using longitudinal micro-evidence from the European Community Household Panel to assess the importance of several costs of obesity in nine EU countries. The analysis provides nationally comparable estimates of the costs of obesity in terms of health, use of health care services and absenteeism.

38462

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BRUNELLO (G.), MICHAUD (O.C.), SANZ-DE-GALDEANO (A.)  
RAND Center for the Study of Aging. Santa Monica. USA, RAND Population Research Center. Santa Monica. USA

***The Rise in Obesity Across the Atlantic : An Economic Perspective.***

*La montée de l'obésité outre Atlantique : une perspective économique.*

Santa Monica : RAND Corporation

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/working\\_papers/2008/RAND\\_WR586.pdf](http://www.rand.org/pubs/working_papers/2008/RAND_WR586.pdf)

The authors provide comparable evidence on the patterns and trends in obesity across the Atlantic and analyze whether there are economic rationales for public intervention to control obesity. They take into account equity

issues as well as efficiency considerations, which are organized around three categories of market failures: productive inefficiencies, lack of information or rationality and health insurance externalities. They also calculate the long term financial consequences of current U.S. and European obesity trends, and conclude with a brief review of current policies to reduce and prevent excessive body weight both in Europe and the U.S.

## ► Pollution atmosphérique

38411

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SCAPECCHI (P.)  
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

***The Health Costs of Inaction with Respect to Air Pollution.***

*Les coûts de santé liés à l'absence de mesures de lutte contre la pollution atmosphérique.*

OECD Environment working papers; 2

Paris : OCDE : 2008/05 : 48p., tabl., fig, ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://titania.sourceoecd.org/vl=6421965/cl=16/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5kzk6r2r938w.pdf>

Dans quelle mesure l'environnement influence-t-il sur la santé humaine ? La pollution de l'air va-t-elle restreindre notre espérance de vie et celle de nos enfants ? Ces questions sont fondamentales pour les politiques environnementales. Dans les pays de l'OCDE, la pollution atmosphérique constitue une menace pour la santé, puisqu'elle joue un rôle dans nombre d'affections, telles que l'asthme, certains cancers et de décès prématurés. En dépit des actions engagées à l'échelle nationale et internationale et de la baisse des principales émissions, il est peu probable que les effets de la pollution de l'air sur la santé diminuent dans les années à venir à moins que ne soient prises les mesures qui s'imposent. Ce rapport présente des estimations des coûts et bénéfices de politiques environnementales visant à réduire la pollution atmosphérique et propose des recommandations politiques afin de mieux traiter les questions de santé environnementale.

## ► Tabagisme

38230

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DECICCA (P.), KENKEL (D.S.), MATHIOS  
(A.D.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Cigarette taxes and the transition from youth to adult smoking : smoking initiation, cessation and participation.***

*Taxes sur le tabac et consommation tabagique lors du passage à l'âge adulte : initiation, arrêt et participation.*

NBER Working Paper Series ; 14042  
Cambridge : NBER : 2008/05 : 45p., tab., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14042>

Policy makers continue to advocate and adopt cigarette taxes as a public health measure. Most previous individual-level empirical studies of cigarette demand are essentially static analyses. In this study, we use longitudinal data to examine the dynamics of young adults' decisions about smoking initiation and cessation. We develop a simple model to highlight the distinctions between smoking initiation, cessation, and participation and show that the price elasticity of smoking participation is a weighted average of corresponding initiation and cessation elasticities, a finding that applies more broadly to other addictive substances as well. The paper's remaining contributions are empirical. We use data from the 1992 wave of the National Education Longitudinal Study, when most of the cohort were high school seniors, and data from the 2000 wave, when they were about 26 years old. The results show that the distinction between initiation and cessation is empirically useful. We also contribute new estimates on the tax-responsiveness of young adult smoking, paying careful attention to the possibility of bias if hard-to-observe differences in anti-smoking sentiment are correlated with state cigarette taxes. We find no evidence that higher taxes prevent smoking initiation, but some evidence that higher taxes are associated with increased cessation.

## ► Travail et santé

36922

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
FISCHER (J.A.V.), SOUZA-POSA (A.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

***Does Job Satisfaction Improve the Health of Workers? New Evidence Using Panel Data and Objective Measures of Health.***

*La satisfaction au travail améliore-t-elle l'état de santé des travailleurs ? Nouvelles données issues d'un panel et de mesures objectives de l'état de santé.*

IZA Discussion Paper ; 3256  
Bonn : IZA : 2007/11 : 37p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://ftp.iza.org/dp3256.pdf>

This paper evaluates the relationship between job satisfaction and measures of health of workers using the German Socio-Economic Panel (GSOEP). Methodologically, it addresses two important design problems encountered frequently in the literature: (a) cross-sectional causality problems and (b) absence of objective measures of physical health that complement self-reported measures of health status. Not only does using the panel structure with individual fixed effects mitigate the bias from omitting unobservable personal psychosocial characteristics, but employing more objective health measures such as health-system contacts and disability addresses such measurement problems relating to self-report assessments of health status. We find a positive link between job satisfaction (and changes over time therein) and subjective health measures (and changes therein); that is, employees with higher or improved job satisfaction levels feel healthier and are more satisfied with their health. This observation also holds true for more objective measures of health. Particularly, improvements in job satisfaction over time appear to prevent workers from (further) health deterioration.

37013

RAPPORT  
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA

***Bilan de la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels.***

Paris : DGS : 2007/12 : 134p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6372

[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_bilan\\_pluridisciplinarite\\_dec\\_07.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bilan_pluridisciplinarite_dec_07.pdf)

Ce rapport permet de dresser un état des lieux de l'application de la pluridisciplinarité en matière de santé au travail et des pratiques existantes, plus de trois ans après sa mise en place. Il décrit le rôle, les missions et les caractéristiques des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) (plus de 1750 habilitations d'IPRP concernant par exemple des ergonomes, ingénieurs sécurité, psychiatres, psychologues, toxicologues, épidémiologistes...). Le bilan analyse également les besoins des entreprises, leurs pratiques et leurs attentes. Les auteurs constatent que la culture de la pluridisciplinarité est ancrée dans les pratiques professionnelles mais que l'indépendance et le positionnement de l'IPRP dans le système de prévention doivent être confortés. Ils dressent également des pistes d'évolution qui portent notamment sur les modalités de désignation des IPRP, leur statut et le pilotage du dispositif. Le développement de la pluridisciplinarité doit enfin, selon le rapport, reposer sur quatre piliers : la santé au travail, la prévention des risques, les financements et le dialogue social.

37662

RAPPORT

Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail. (C.R.E.A.P.T). Noisy-Le-Grand. FRA, Centre d'Etudes de l'Emploi. Noisy-Le-Grand. FRA

***Ages, santé, travail : quelles évolutions? Quinze ans de travaux du Créapt. Actes du séminaire Vieillesse et Travail (année 2006).***

Noisy Le Grand : CEE : 2007/11 : 198p., fig.

Cote Irdes : C, B6455

[http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/actes\\_vieillesse\\_travail\\_2006\\_37.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/actes_vieillesse_travail_2006_37.pdf)

Ce rapport présente différentes synthèses des travaux menés par le Créapt depuis sa création, synthèses qui sont ensuite discutées par une personnalité extérieure. Les principaux thèmes étudiés par le Créapt sont les suivants : évolutions démographiques et évolutions du travail, place des questions de santé dans les recherches sur les relations âges/travail, relations entre âges et apprentissages, les aspects collectifs du travail, ergonomie, prévention de la santé au travail, politiques sociales.

37947

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CAI (L.), MAVROMARAS (K.G.), OGZOGLU (U.)

Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***The Effects of Health and Health Shocks on Hours Worked.***

*Les effets de la santé et des chocs sanitaires sur les heures travaillées.*

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2008/04 : 21p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3496.pdf>

We investigate the impact of health on working hours in recognition of the fact that leaving the labour market due to persistently low levels of health stock or due to new health shocks, is only one of the possibilities open to employees. We use the first six waves of the HILDA survey to estimate the joint effect of health status and health shocks on working hours using a dynamic random effects Tobit model of working hours to account for zero working hours. We follow Heckman (1981) and approximate the unknown initial conditions with a static equation that utilizes information from the first wave of the data. Predicted individual health stocks are used to ameliorate the possible effects of measurement error and endogeneity. We conclude that overall lower health status results in lower working hours and that health shocks lead to further reductions in working hours when they occur. Estimation results show that the model performs well in separating the time-persistent effect of health stock (health status) and the potentially more transient health shocks on working hours.

38234

DOCUMENT DE TRAVAIL  
AMOSSE (T.), GOLLAC (M.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. Noisy-Le-Grand. FRA

***Intensité du travail et trajectoire professionnelle : le travail intense est-il soutenable ?***

Noisy Le Grand : CEE : 2007/09 : 25p., tabl.

Cote Irdes : B6488

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/intensite\\_travail\\_trajectoire\\_doc93.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/intensite_travail_trajectoire_doc93.pdf)

Partant du double constat de la rapide intensification du travail observée au cours des années 1980 et 1990 et de la difficulté qu'il peut y avoir à soutenir un travail intense, ce docu-

ment s'intéresse au lien qui existe entre les contraintes de rythme vécues dans le travail et les changements de situation professionnelle. À la lumière de la littérature, il formule l'hypothèse d'un double effet de l'intensité du travail sur les carrières : positif pour les salariés qui ont les moyens de faire face aux contraintes auxquelles ils sont soumis, négatifs pour les autres. L'enquête sur la Formation et la qualification professionnelle (FQP), dans laquelle on dispose d'un calendrier professionnel sur cinq ans et d'un questionnement rétrospectif sur les conditions de travail, a permis de vérifier empiriquement notre hypothèse. Cette publication montre en effet que les contraintes de rythme sont associées à des mobilités plus nombreuses et qu'elles contribuent à une certaine divergence des carrières. Bien évidemment, l'existence potentielle de biais liés au questionnement rétrospectif et à l'endogénéité des mécanismes étudiés invite à rester prudent. Mais une analyse détaillée suggère que s'ils existent, les biais sont d'une ampleur limitée et ne suffisent pas à invalider les conclusions. Au total, si l'intensité forte du travail ne semble pas avoir d'effet uniformément néfaste sur les carrières, elle paraît bien associée à une plus grande incertitude et à une polarisation marquée des trajectoires. Ces résultats font écho au lien positif observé entre intensité et souffrance au travail (Baudelot et al., 2003). Et si le travail lui-même crée de l'insécurité, aucun dispositif d'encadrement du marché du travail n'est susceptible de protéger efficacement les individus. Plus largement, ces résultats semblent poser la question du caractère soutenable des organisations de travail.

38640

RAPPORT  
DAB (W.)

Ministère de Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Paris. FRA, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris. FRA.

***Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail : Douze propositions pour la développer.***

Paris : Ministère chargé du travail : 2008/05 : 79p., tabl.

Cote Irdes : B6515

<http://www.travail.gouv.fr/documentation-publications-videotheque/rapports/rapports-concernant-champ-travail-relations-professionnelles/rapport-dab-formation-futurs-managers-ingenieurs-sante-au-travail.-juillet-2008-.html>

A la suite de la conférence sociale sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et Xavier Bertrand, Ministre du travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité ont confié au Professeur William Dab une mission de réflexion sur la formation des futurs managers et ingénieurs en santé au travail pour l'élaboration d'un référentiel de formation. Ce référentiel est susceptible de concerner 5 millions de personnes en France diplômées des grandes écoles (d'ingénieurs, de commerce) ou des universités. Pour réaliser cette mission, un groupe de soutien a été constitué regroupant des représentants de grandes écoles et d'universités, des associations professionnelles œuvrant dans le secteur de la prévention et des associations d'élèves et d'étudiants. Une cinquantaine de personnes, dont les partenaires sociaux, ont été auditionnées avec l'appui de l'Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS). Le rapport remis ce 7 juillet aux ministres liste douze propositions pour améliorer le système de formation aux conditions de travail. Au centre de la logique de ces propositions : diffuser un référentiel de formation commun aux formations initiale et continue sur le thème de la santé au travail dans le but «d'intégrer progressivement ce référentiel dans quasiment tous les titres et diplômes» des grandes écoles (d'ingénieurs, de commerce) et universités. Avec un objectif : l'appréhension de la santé au travail, dans tous ses aspects, doit devenir automatique, quelle que soit la taille des entreprises.

## ► Santé et éducation

37546

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
LUNDBORG (P.)

Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***The Health Returns to Education: What Can We Learn from Twins?***

*Les liens entre santé et éducation : que peut-on apprendre de jumeaux ?*

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2008/03 : 27p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3399.pdf>

This paper estimates the health returns to education, using data on identical twins. I adopt a twin-differences strategy in order to obtain estimates that are not biased by unobserved

family background and genetic traits that may affect both education and health. I further investigate to what extent within-twin-pair differences in schooling correlates with within-twinpair differences in early life health and parent-child relations. The results suggest a causal effect of education on health. Higher educational levels are found to be positively related to self-reported health but negatively related to the number of chronic conditions. Lifestyle factors, such as smoking and overweight, are found to contribute little to the education/health gradient. I am also able to rule out occupational hazards and health insurance coverage as explanations for the gradient. In addition, I find no evidence of heterogenous effects of education by parental education. Finally, the results suggest that factors that may vary within twin pairs, such as birth weight, early life health, parental treatment and relation with parents, do not predict within-twin pair differences in schooling, lending additional credibility to my estimates and to the general validity of using a twin-differences design to study the returns to education.

## ► Santé mentale

37942

OUVRAGE  
WILKINSON (R.)  
MCKENZIE (K.) / éd., HARPHAM (R.) / éd.

### ***Social capital and mental health.***

*Capital social et santé mentale.*

Londres : Jessica Kingsley Publishers :  
2006 : 160p., index

Cote Irdes : A3717

<http://www.jkp.com/catalogue/book.php?isbn/9781843103554>

Why do some areas have a higher prevalence of mental illness than others? How does the structure of a society affect its inhabitants' mental health? This remarkable book is the first to explore in detail the concept of social capital and its implications for mental health policy. Drawing on evidence from international research and fieldwork, the contributors examine the risk factors for mental health associated with both low and high social capital communities. They discuss the importance of relationships between individuals, groups and abstract bodies such as the state and outline different systems of social capital, for example intra-group 'bonding' and inter-group 'bridging'. The authors challenge the notion of community as a strictly area-based concept and

call for broader-based studies of communities built around race, faith or even around a common social exclusion. Social Capital and Mental Health also reviews methods of measuring social capital, analyses the implications of research findings for future policy developments and makes clear recommendations for future practice and research.

## ► Vieillesse et santé

37429

RAPPORT, INTERNET  
BORGES (I.)  
Age. Plateforme Européenne des Personnes  
Agées. Bruxelles. BEL

### ***Healthy Ageing. Good practices examples, recommandations, policy actions.***

*Vieillir en bonne santé. Exemples de bonnes pratiques, recommandations et actions publiques.*

Bruxelles : AGE : 2007/09 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.age-platform.org/EN/IMG/Brochure\\_Health\\_EN.pdf](http://www.age-platform.org/EN/IMG/Brochure_Health_EN.pdf)

Healthy ageing is not just about prolonging life. It is about promoting the necessary means to enable older people to continue to participate in society and to cope with daily life. It concerns learning, the exchange of good practice and the development of strategies and policies designed to promote older people's individual well being and personal growth. This brochure is about the potential for the development of health promotion and preventative measures for older people. It is about maximising older people's functional capacity and independence, seen as essential elements to enhance their quality of life. Investing and improving health is a responsibility shared by the European Union, Members States, civil society organisations and individual citizens. This brochure explains the importance of creating an enabling environment as well as direct approaches to promoting healthy habits and lifestyles. It also underlines the importance of promoting a positive and integrated approach to health by addressing a range of social, economic, housing, transport, new technology, education and other relevant policies that have an impact on health. It gives a brief overview of the European Union competences in the field of health and provides useful examples of good practice, policy facts, projects, strategies and recommendations for priority actions for Healthy Ageing.

## ► Dépendance

38452

RAPPORT, INTERNET

VASSELLE (A.)

MARINI (P.) / prés.

Sénat. Commission des Affaires Sociales.

Paris. FRA, Sénat. Commission des

Finances. Paris. FRA

***Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Tome 1 et annexes.***

Paris : Assemblée nationale : 2008 :

2 volumes (265p.+316p.), tabl., ann.

Cote Irdes : B6511

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0965.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/r07-447-2/r07-447-21.pdf>

Les réflexions autour du cinquième risque et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sont aujourd'hui entrées dans une phase active. Le Sénat a créé sur ce thème une mission commune d'information, présidée par Philippe Marini (UMP - Oise), composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, afin de prendre toute sa place dans le débat. Au terme de six mois d'auditions et de déplacements sur le terrain, qui lui ont permis de rencontrer les principaux acteurs de la dépendance, de mesurer les aspirations des gestionnaires locaux et d'étudier les systèmes mis en place chez nos principaux partenaires européens, elle a adopté, le 8 juillet, son rapport d'étape qui ambitionne de faire le point sur les principales questions en suspens. Ses orientations visent quatre objectifs : un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile ; un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement ; une articulation à définir entre le socle solidaire reposant à la fois sur la solidarité nationale, grâce à des redéploiements, et une meilleure prise en compte du patrimoine dans le calcul de l'APA, et l'étage de financement assurantiel ; une gouvernance renforcée et simplifiée avec un partage à égalité Etat (CNSA) - départements pour le financement de l'APA. Par ailleurs, le rapport envisage l'expérimentation, sur une base volontaire, d'une gestion déléguée aux départements des crédits d'assurance maladie des Ehpad. Pour les parlementaires, la mise en place du 5e risque devra se faire à prélèvements obligatoires constants. Une étude commandée au cabinet Ernst et Young sur le « marché de l'offre de

soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes » apporte un éclairage complémentaire sur ces premières analyses. La mission doit approfondir ses réflexions au cours du second semestre 2008.

## ► Emploi des seniors

37858

INTERNET, RAPPORT

HUYEZ-LEVRAT (G.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. Noisy-Le-Grand.

FRA

***Le faux consensus sur l'emploi des seniors.***

Noisy Le Grand : CEE : 2008/05 : 57p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000273/0000.pdf>

Les principaux freins à l'emploi des seniors sont désormais bien connus. Il y a d'abord l'usure liée à l'exercice d'un métier dans des conditions de travail pénibles qui provoque une dégradation de l'état physique et moral des salariés. Il y a ensuite la lassitude causée par la réalisation pendant un temps long de la même activité sans mobilisation de l'expérience accumulée par le salarié. Il y a enfin le faible niveau de qualification initiale et l'échec de la formation continue à corriger les inégalités de départ et à préparer des rebonds de carrières qui contribuent à fragiliser la position de certains salariés au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, à diminuer leur employabilité et à rendre désirable pour eux une sortie précoce. Leur position est alors d'autant plus fragilisée qu'ils travaillent dans un secteur en mutation : les réductions d'effectifs (par exemple liées à des gains de productivité ou à l'automatisation), la suppression de certaines fonctions et le développement de nouvelles activités nécessitant des connaissances nouvelles ou des aptitudes spécifiques tendent à réduire les possibilités d'emplois pour ces seniors jugés moins compétents et moins productifs que les plus jeunes. La question du maintien en emploi des seniors semble alors simple : comment inverser la tendance et quelles actions concrètes peuvent être déployées dans les entreprises sur les volants ergonomique, de formation et de déroulement de carrières afin de permettre aux travailleurs de vieillir au travail ? Cette question nécessite dans un premier temps de préciser ce que l'on entend par « senior ». Dans un second temps, on précisera la méthode employée pour conduire cette recherche.

## ► Hébergement social

37900

CHAPITRE  
PICHERAL (H.)  
Centre International de Recherche en  
Economie de la Santé. (C.I.R.E.S.). Saint-  
Etienne. FRA

### ***L'hébergement des personnes âgées en France.***

Recherche sur le système de santé : 2005-  
2007.

Saint-Etienne : EN3S : 2008 : 103-197, tabl.,  
carte

Cote Irdes : A3711

Cette recherche répond à une des priorités actuelles de la santé publique : adapter dans le futur l'offre de soins aux besoins d'une population vieillissante en France Elle procède tout d'abord à une sorte d'état des lieux de la situation actuelle (2005), puis cherche à évaluer les besoins d'hébergement collectif à l'échelle départementale, en métropole et dans les départements d'outre mer. Il s'agit bien d'anticiper à dix et quinze ans le volume probable de la demande en prolongeant les tendances récentes.

38264

OUVRAGE  
BRAITHWAITE (J.), MAKKAI (T.),  
BRAITHWAITE (V.)

### ***Regulating aged care : ritualism and the new pyramid.***

*Régulation des soins de gériatrie : ritualisme et nouvelle pyramide.*

Cheltenham : Edward Elgar Publishing :  
2007 : 11-372p., tabl., graph., fig., index  
Cote Irdes : A3732

[http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry\\_Main.lasso?id=12540](http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=12540)

This book offers an intelligent and insightful account of the development of nursing home regulation in three countries : England, Usa and Australia. But more than that, it intertwines theory and more than a decade of empirical work to provide a telling and sophisticated explanation of why and how good regulatory intentions often go away, and what can be done to create systems of regulation which really work to produce improvement.

## ► Retraite

37908

OUVRAGE  
ROBINE (J.M.), BOUDINEAU (C.), BARNAY  
(T.) et al.  
Institut d'Etudes des Politiques de Santé.  
(I.E.P.S.). Paris. FRA

### ***Préserver sa santé pour décider de sa retraite.***

Paris : Médecine-Science Flammarion :  
2008 : 102p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3713

Assurance maladie et retraite sont deux préoccupations majeures et d'actualité au cœur de la société française. Il est apparu au RSI (Régime Social des Indépendants) ainsi qu'à l'équipe scientifique de l'IEPS que les liens santé et cessation d'activité constitueraient un thème de réflexion important dans le domaine de la santé et qu'il fallait préserver sa santé pour décider de sa retraite. Ainsi ont été abordés : - L'environnement et la problématique de la retraite pour les travailleurs indépendants ; - L'état des lieux des connaissances chez les indépendants : caractéristiques socio-économiques, données du régime RSI, la santé des assurés du RSI et lien entre retraite et santé chez les indépendants seniors ; - Les réponses apportées aux indépendants seniors par le médecin généraliste, par le développement du tutorat et l'encouragement à la transmission-reprise, par les actions de préservation de la santé au travail, par le RSI ; - Les propositions des professionnels et des institutionnels et les perspectives d'avenir.

## ► Revenu

37928

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CAI (L.)  
University of Melbourne. Melbourne Institute  
of Applied Economics and Social Research.  
Victoria. AUS

### ***Be Wealthy to Stay Healthy: An Analysis of Older Australians Using the HILDA Survey***

*Etre riche pour rester bien portant : une analyse portant sur les australiens âgés de l'enquête HILDA.*

Melbourne Institute Working Paper Series  
Victoria : Melbourne Institute of Applied  
Economic and Social Research : 2008 : 21p.,  
tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://melbourneinstitute.com/wp/wp2008n08.pdf>

Using the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) survey data, this study examines the effect of wealth, as measured by net worth, on health transitions of older Australians. By focusing on health transitions instead of health status itself, the study avoids potential endogeneity of wealth arising from the reverse effect of health on wealth. Two health indicators are used to define health transitions: self-reported general health status and the existence of long-term health conditions. The results show that for both health indicators wealthy people are less likely to experience a transition from good to poor health, suggesting that wealth might have a causal effect on health.

## GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

### ► Adolescents

38299

RAPPORT

CURRIE (C.), GOBHAIMN (S.N.), GODEAU (E.), ROBERTS (C.), SMITH (R.), CURRIE (D.), PICKET (W.), RICHTER (M.), MORGAN (A.), BARNEKOW (V.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Danemark.  
DNK, University of Edinburgh. SCO

***Inequalities in Young people's health : Health behaviour in School-aged Children (HBSC) survey : international report from the 2005-2006 survey.***

*Inégalités de santé des jeunes : enquête sur les comportements de santé des enfants en âge scolaire : rapport international issu de l'enquête 2005-2006.*

Health Policy for Children and Adolescents ; 5.

Danemark : OMS, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 224p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>

This international report is the fourth from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, a WHO collaborative cross-national study, and the most comprehensive to date. It presents the key findings on patterns of health among young people aged 11, 13 and 15 years in 41 countries and regions

across the WHO European Region and North America in 2005/2006. The report's theme is health inequalities, quantifying the gender, age, geographic and socioeconomic dimensions of health differentials. It aims to highlight where these inequalities exist, to inform and influence policy and practice and to help improve health for all young people. The report clearly shows that while the health and wellbeing of many young people give cause for celebration, sizeable minorities are experiencing real and worrying problems related to overweight and obesity, body image, life satisfaction, substance misuse and bullying. It provides reliable data that health systems in Member States can use to support and encourage sectors such as education, social inclusion and housing to achieve their primary goals and, in so doing, benefit young people's health. Policy-makers and professionals in the participating countries and regions now have an opportunity to use the data, which arise from the voices of young people, to drive their efforts to put in place the circumstances – social, economic, health and educational – within which young people can thrive and prosper.

### ► Ethnie

37542

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
KOBAYASHI (K.), PRUS (S.), LIN (Z.)  
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

***Ethnic Differences in Health: Does Immigration Status Matter?***

*Différences ethniques en matière de santé. Le statut migratoire joue-il ?*

Hamilton : SEDAP : 2008/03 : 26p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap230.pdf>

Cette étude examine les différences de l'état de santé entre les immigrés de la première génération et les personnes nées au Canada partageant les mêmes origines ethnico culturelles et à quel point ces différences reflètent les comportements sociaux structurels et relatifs à la santé. Les données 2000/2001 de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montrent que les immigrés de la première génération de race noire ou d'origine française semblent être en meilleure santé que leurs homologues nés au Canada, alors que l'opposé est vrai pour ceux d'origines sud asiatiques, chinoises, européennes du sud et



de l'est et juives. Les Asiatiques et les Arabes occidentaux ainsi que d'autres groupes d'asiatiques sont en meilleure santé indépendamment de leur pays de naissance. Les différences entre l'état de santé des personnes d'une même origine ethnique nées à l'étranger et au Canada convergent généralement une fois que sont pris en compte les facteurs sociodémographiques, l'état de santé subjective, et le style de vie. Les implications par rapport à l'élaboration de politiques et programmes de promotion de la santé sont discutées.

38231

DOCUMENT DE TRAVAIL  
LOGAN (T.D.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Health, human capital and African American migration before 1910.***

*Santé, capital humain et migration afro-américaine avant 1910.*

NBER Working Paper Series ; 14037  
Cambridge : NBER : 2008/05 : 31p., tab., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14037>

This is the first paper to document the effect of health on the migration propensities of African Americans in the American past. Using both IPUMS and the Colored Troops Sample of the Civil War Union Army Data, I estimate the effects of literacy and health on the migration propensities of African Americans from 1870 to 1910. I find that literacy and health shocks were strong predictors of migration and the stock of health was not. There were differential selection propensities based on slave status - former slaves were less likely to migrate given a specific health shock than free blacks. Counterfactuals suggest that as much as 35% of the difference in the mobility patterns of former slaves and free blacks is explained by differences in their human capital, and more than 20% of that difference is due to health alone. Overall, the selection effect of literacy on migration is reduced by one-tenth to one-third once health is controlled for. The low levels of human capital accumulation and rates of mobility for African Americans after the Civil War are partly explained by the poor health status of slaves and their immediate descendants.

38294

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SIMEONOVA (E.)  
Columbia University. Department of  
Economics. New York NY. USA

***Doctors, Patients, and the Racial Mortality Gap: What Are the Causes?***

*Docteurs, patients et écarts de mortalité entre les races : quelles en sont les causes ?*

Discussion paper series . 0708-13.

New York : Columbia University : 2008 : 49p., tab., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.econ.columbia.edu/RePEc/pdf/DP0708-13.pdf>

Disparities in health outcomes between white and minority Americans are a significant and well documented challenge in improving equity in health care. Two frequently cited explanations are discrimination in treatment - doctors treating minority patients differently, and unequal access to care - patients being trapped in facilities of inferior quality. I use a new dataset from the Department of Veterans Affairs and employ a novel estimation strategy to investigate the sources of the racial gap in mortality for chronic heart disease, the most expensive chronic condition in the elderly. I find that racial differences in mortality persist even when the quality of clinics and doctors is controlled for. Investigating the doctor-patient interaction, I show that doctor quality significantly influences patient outcomes. While minority patients visit slightly less competent doctors, this does not explain the large gap in survival. Individual doctors are found to treat their patients similarly regardless of race. On the patient side, I demonstrate that variation in compliance triggers a racial mortality gap. Differences in patient response to treatment significantly alter survival probabilities. Considerable reductions in medical costs could be achieved by convincing patients of the importance of strictly following the therapy regimen. I estimate that targeting compliance patterns could reduce the black-white mortality gap by at least two-thirds.

## Étudiants

36618

RAPPORT

Observatoire de la Santé des Etudiants de Grenoble. (O.S.E.G.). Grenoble. FRA

### **La santé des étudiants à l'entrée à l'université.**

Grenoble : Grenoble Universités : 2007 : 16p., graph.

Cote Irdes :B6298

[http://www.grenoble-universites.fr/84638170/0/fiche\\_\\_pagelibre/](http://www.grenoble-universites.fr/84638170/0/fiche__pagelibre/)

Cette enquête est la première enquête de l'Observatoire de la Santé des Etudiants de Grenoble (OSEG) qui permettra de suivre l'évolution de la santé des étudiants à partir de quelques indicateurs tels que le poids, la pratique sportive, la consommation de produits psychoactifs, la santé mentale et le taux d'interruption volontaires de grossesse (IVG).

## Inégalités de santé

37007

INTERNET, COMMUNICATION

TUGWELL (P.), ROBINSON (V.), MORRIS (E.)

Center for Global international Regional Studies. (C.G.I.R.S.). Santa Cruz. USA

### **Mapping global health inequalities: challenges and opportunities**

*Cartographie des inégalités globales de santé : défis et opportunités.*

Mapping Global Inequalities.

Santa Cruz :Center for Global international Regional Studies : 2007/12 : 36p.

Cote Irdes: En ligne

<http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1085&context=cgirs>

Health inequalities both between and within countries persist, for almost all diseases and health problems. Between countries, both average life expectancy and child mortality have improved more in the richest countries than the poorest (Marmot 2007). Within countries, progress on redressing health inequalities is uneven, and data are not always available over time. Analysis of 22 countries with available data found that only five of 22 countries reduced health inequalities in childhood mortality across income from 1995 to 2000 (Mosser 2005). Health inequalities are differences in

health across population groups defined by socioeconomic, demographic, or geographic factors. These factors can be summarized using the acronym PROGRESS: Place of residence (urban/rural), Race/ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status, and Social capital/resources..."

37838

OUVRAGE, INTERNET

CAR-HILL (R.), CHALMERS-DIXON (P.)  
South East Public Health Observatory.  
(S.E.P.H.O.). Oxford. GBR

### **The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement.**

*Le manuel de l'Observatoire de santé publique sur la mesure des inégalités en santé.*

Oxford ; SEPHO : 2005 : 216p., index

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sepho.org.uk/Download/Public/970711/Carr-Hill-final.pdf>

This new SEPHO handbook primarily focuses on the measurement and interpretation of health inequalities. Written by Roy Carr-Hill and Paul Chalmers-Dixon of York University, it provides a comprehensive collection of material for those concerned to document and understand health inequalities.

37951

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BANKS (J.), MARMOT (M.), OLDFIELD (Z.), SMITH (J.P.)

Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.). Londres. GBR

### **The SES health gradient on both sides of the Atlantic.**

*Le gradient du statut socio-économique en santé des deux côtés de l'Atlantique.*

Institute for Fiscal Studies working paper : 07/04

Londres : IFS : 2006/11 : 51p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://eprints.ucl.ac.uk/2653/1/2653.pdf>

In this paper, we will investigate the size of health differences that exist among men in England and the United States and how those differences vary by SES in both countries. Three SES measures will be emphasized - education, household income, and household wealth - and the health outcomes investigated will span multiple dimensions as well.

38639

RAPPORT, DIPLOMES  
TUBEUF (S.)

Université Aix-Marseille II. UFR Sciences  
Economiques et de Gestion. Marseille. FRA

***Une contribution à l'étude des inégalités de santé en France à travers des indicateurs de santé auto-évalués.***

Marseille : Université Aix-Marseille : 2008 :  
220p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6514

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la mesure et de l'explication de la santé dans un contexte d'analyse des inégalités de santé. Un premier chapitre considère les indicateurs de santé couramment utilisés dans les travaux empiriques et revient sur le débat de l'utilisation de la santé auto-évaluée. Elle souligne la pertinence des raffinements méthodologiques de la mesure de la santé proposées dans la littérature internationale jusqu'ici non appliquées à la France. Un second chapitre propose une méthodologie originale de mesure de la santé. La construction s'appuie sur une donnée d'état de santé individuel jugée moins subjective, à savoir le nombre de maladies et leur degré de sévérité et considère des variables collectées classiquement dans les enquêtes sur la santé. Un troisième chapitre décrit les outils de la dominance stochastique et les indices couramment utilisés dans l'analyse des inégalités dans un cadre appliqué à la santé. Le quatrième chapitre procède à l'analyse des inégalités sociales de santé en France en 2004, puis au cours de la période 1998-2004. Il met en évidence des inégalités sociales de santé en faveur des groupes sociaux les plus élevés. Ces inégalités ont cependant diminué entre 1998 et 2004, du fait d'une plus faible élasticité de la santé avec le revenu et d'une diminution de l'inégale répartition du revenu au sein des groupes sociaux. De plus, l'analyse menée sur différentes mesures de santé met en évidence une influence sur l'amplitude des inégalités, du nombre de catégories de la variable discrète de santé et de la distribution de santé choisie pour la cardinaliser. Le cinquième chapitre s'intéresse à l'influence sur l'état de santé à l'âge adulte, du milieu social d'origine et de la longévité relative des parents par rapport à leur cohorte de naissance en empruntant trois approches. La première approche met en évidence le fait que les distributions d'état de santé des personnes nées d'un père ou d'une mère appartenant aux catégories sociales supérieures dominent significativement celles des personnes ayant des parents issus de catégories sociales inférieures. L'approche paramétrique confirme

un effet de la profession de chacun des parents sur l'état de santé à l'âge adulte. Elle montre, de plus, que l'état de santé dépend significativement de la longévité de chacun des parents. En effet, l'approche par indices de concentration met en évidence une inégalité des chances de santé en faveur des individus dont les parents ont connu une forte longévité puis une inégalité de santé en faveur des individus issus de milieux plus favorisés. Le chapitre conclut alors qu'il existe des inégalités des chances en santé, en France.

37427

RAPPORT, INTERNET  
MEAD (H.), CARTWRIGHT-SMITH (L.),  
JONES (K.), RAMOS (C.), SIEGEL (B.),  
WOODS (K.)

Commonwealth Fund. New York. USA

***Racial and Ethnic Disparities in U.S. Health Care: A Chartbook.***

*Inégalités raciales et ethniques dans le système de santé aux Etats-Unis : recueil de tableaux.*

New York : The Commonwealth Fund :  
2008/03 : 113p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Mead\\_raceethnicdisparities\\_chartbook\\_1111.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Mead_raceethnicdisparities_chartbook_1111.pdf?section=4039)

Research shows that minorities in the United States are in poorer health, have more trouble accessing care, are more likely to be uninsured, and receive lower-quality care more often than other Americans. Containing 75 charts and accompanying analysis, this unique resource presents emerging evidence linking many disparities to the overall performance of local health care systems. According to the research team, U.S. minorities may disproportionately live in regions where the quality of care is suboptimal. The chartbook is divided into the following sections: the demographics of America; disparities in health status and mortality; disparities in access to health care; disparities in health insurance coverage; disparities in quality and strategies for closing the gap.

38191

OUVRAGE

BIHR (A.), PFEFFERKORN (R.)

**Le systèmes des inégalités.**

Paris : La Découverte : 2008 : 122p., tabl.

Cote Irdes : A3719

Cet ouvrage propose une approche systématique des inégalités sociales. Il répond aux questions suivantes : Pourquoi analyser les inégalités entre catégories sociales en terme de système ? Comment les inégalités sociales se déterminent-elles réciproquement ? En quel sens peut-on parler de cumul des inégalités ? Comment cette notion renouvelle-t-elle les approches de la pauvreté et de la richesse ? Pourquoi, comment et dans quelle mesure les inégalités sociales tendent-elles à se reproduire de génération en génération ? Quelles sont les principaux facteurs de cette reproduction ? Dans quelle mesure peut-on échapper à cette reproduction ?

## ► Jeunes adultes

38192

OUVRAGE

ASSAILLY (J.P.)

**Jeunes en danger. Les familles face aux conduites à risques.**

Paris : Imago : 2007 : 245p.

Cote Irdes : A3724

<http://www.amazon.fr/Jeunes-danger-familles-conduites-risque/dp/2849520535>

Alcool, tabac, drogues, imprudences routières et défis insensés, jeux avec la loi, avec la mort... Quel parent ne s'est jamais inquiété pour son enfant, entre quinze et vingt-cinq ans, lors de la décennie tumultueuse ? Bousculant nombre de préjugés, cet ouvrage examine les principaux aspects de la mise en danger de soi chez les jeunes : la recherche du péril - au volant, dans la pratique des sports extrêmes, dans la sexualité non protégée, la consommation de substances psycho-actives et le glissement insidieux des incivilités mineures à la délinquance. Il observe comment la famille favorise ou, au contraire, endigue l'irruption parfois inattendue de la violence juvénile. S'appuyant sur les recherches les plus récentes, il s'interroge sur la question controversée de l'héritage biologique, puis analyse le lien qui se construit dès la petite enfance et ses conséquences à long terme. Il considère ainsi le cours de la vie familiale - les effets de l'entente ou de la discorde -, mais aussi, au-delà

des consignes et des injonctions parentales, l'importance de la transmission par l'exemple. Cet ouvrage offre des éléments de réflexion tout à la fois pour mieux cerner les conduites à risques chez les adolescents et pour éviter les drames qui trop souvent en résultent.

## ► Migrants

36965

RAPPORT, INTERNET

European Agency for Safety and Health at Work. (O.S.H.A.). Bilbao. ESP

**Literature study on migrant workers.**

*Etude de la littérature sur les travailleurs immigrés.*

Bilbao : OSHA : 2007 : 56p.

Cote Irdes : en ligne

[http://osha.europa.eu/priority\\_groups/migrant\\_workers/migrantworkers.pdf](http://osha.europa.eu/priority_groups/migrant_workers/migrantworkers.pdf)

Increasing mobility of workers is one of the growing demographic changes worldwide and it is likely that migration will increase in the next decade. The aim of this report is to provide an overview of the most important issues relating to the occupational safety and health (OSH) of migrant workers. Special attention is paid to the following questions: Is the number of migrant workers (still) growing, and is their OSH status getting worse/better? (+/- last 5 years). Does the current state of scientific knowledge justify the need for a more in-depth Agency project? Are there any specific OSH issues that should be prioritised for this group?

## ► Personnes handicapées

38366

INTERNET, RAPPORT

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris. FRA

**Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD.**

Paris : CNSA : 2008 : 175p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport\\_COMPLET\\_Suivi\\_qualitatif\\_SAMSAH\\_SSIAD\\_-\\_CNSA-3.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD_-_CNSA-3.pdf)

Les premières conclusions du suivi qualitatif du développement des Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et des Ser-

vices de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes handicapées. Ces nouveaux services, qui interviennent en milieu ordinaire de vie, contribuent à la diversification des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation. Mais leur déploiement sur le territoire national est encore inégal.

## ► Populations défavorisées

36849

FASCICULE

PLAZY (V.) / coord., PARIS (C.) / coord.  
Mission Régionale d'Information sur  
l'Exclusion (M.R.I.E.). Lyon. FRA

**Santé et insertion. Prendre en compte  
les réalités de santé dans les parcours  
d'insertion : enjeux et initiatives.**

Lyon : MRIE : 2007/10 : 89p.

Cote Irdes : B6337

[http://www.mrie.org/docs\\_transfert/publications/  
DossierSantéInsertion2007.pdf](http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DossierSantéInsertion2007.pdf)

Ce fascicule rend compte d'un séminaire organisé par la MRIE sur le thème Santé et insertion. Ce séminaire s'est déroulé en trois temps. Le premier temps a été organisé autour de la question de la prise en compte des problématiques de santé des populations confrontées à la pauvreté et la précarité. Le deuxième temps a porté sur l'organisation de l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes confrontées à des situations de pauvreté ou de précarité. Ensuite, des porteurs de projets ont présenté des actions innovantes qu'ils ont concrétisées sur leur territoire auprès de la population concernée.

## ► Sans-domicile fixe

36603

DOCUMENT DE TRAVAIL

MARPSAT (M.)

Institut National d'Etudes Démographiques.  
(I.N.E.D.). Paris. FRA

**Services for the homeless in France :  
Description, official statistics, client  
recording of information. A report for the  
European Commission.**

*Services pour les sans-domiciles en  
France : description, statistiques officielles  
et enregistrement des informations sur les*

*utilisateurs. Rapport pour la Commission  
européenne.*

Documents de travail; 149

Paris : INED : 2007 : 83p.

Cote Irdes : B6280

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1331/  
publi\\_pdf1\\_149.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1331/publi_pdf1_149.pdf)

Since official statistics on homelessness are well developed in France and are compiled with the collaboration of NGOs and other organizations providing for the homeless, the description of these statistics will be easier to understand if the nature and type of organizations providing services and the services themselves are described before the official statistics are considered. Hence, the section on Homeless service providers precedes that on approaches to data collection on homelessness.

## ► Travailleurs saisonniers

37527

RAPPORT, INTERNET

FONTAINE (D.), GRUAZ (D.), GUYE (O.),  
MEDINA (A.), DRENEAU (M.), ELICABE  
(R.), GUILBERT (A.), OVERNEY (L.),  
HAERINGER (A.S.), LEMERY (Y.)

Observatoire Régional de la Santé de Rhône-  
Alpes. (O.R.S.). Lyon. FRA

**Les conditions de travail, les conditions de  
vie et la santé des travailleurs saisonniers.**

**Volet 1 : Etude qualitative auprès des  
saisonniers, des employeurs et des  
professionnels.**

Lyon : ORSRA : 2008/01 : 131p., ann., graph.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/saisonniers.pdf>

Rhône-Alpes est la seconde région touristique française, avec une estimation de 85 000 emplois saisonniers, soit 35 000 équivalents temps plein. Elle est aussi la 4ème région pour l'emploi saisonnier agricole, avec environ 100 000 emplois, soit 9 250 unités de travail annuelles. Cette étude qualitative concernant les conditions de vie, de travail et la santé des saisonniers a été réalisée à la demande du Conseil Régional Rhône-Alpes pour alimenter le Plan régional de la saisonnalité voté en 2006. L'objectif de ce premier volet est d'analyser les conditions de vie, de travail et l'état de santé des saisonniers du tourisme et agricoles de Rhône-Alpes, ainsi que d'identifier les dispositifs existants. Il débouche sur une typologie des travailleurs saisonniers les plus

exposés aux risques sociaux et de santé, et sur des orientations pour l'action en faveur de ce public par nature divers et difficile à rejoindre. L'étude a été réalisée de juillet à octobre 2007 dans 5 sites reflétant la diversité de la région : une station intégrée de Savoie, une station-village de Haute-Savoie, la vallée de l'Ardèche, la vallée de la Drôme, le Beaujolais. En tout, 48 saisonniers, 21 employeurs et 60 professionnels (santé, social, emploi) ont été rencontrés pour un entretien individuel ou en groupe.

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### Alsace

38218

DIPLOMES  
SAICHE (D.)

Université Louis Pasteur. Faculté de  
Médecine. Strasbourg. FRA

***Dossier médical personnel (DMP) en phase  
d'expérimentation nationale : résultats  
obtenus en Alsace en secteur libéral et  
hospitalier.***

Thèse de doctorat en médecine.

Strasbourg : Université Louis Pasteur : 2008 :  
204p., tabl.

Cote Irdes : B6487

[http://www.apima.org/dmp/0.THESE\\_DMP/  
THESE\\_DMP\\_WEB.pdf](http://www.apima.org/dmp/0.THESE_DMP/THESE_DMP_WEB.pdf)

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible par Internet et stocké par un hébergeur agréé et sécurisé, dont le seul propriétaire est le patient. Le DMP s'inscrit dans la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, ce nouvel outil devant contribuer à l'amélioration de la qualité de soins et à la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit d'un projet ambitieux et très complexe mettant en scène de nombreux intervenants : les représentants du gouvernement, le système de soins libéral, le système de soins hospitalier, les industriels et les utilisateurs (les patients). Face à la complexité et au caractère innovant de ce dossier, il paraissait indispensable de lancer une phase d'expérimentation avant d'envisager sa généralisation, initialement prévue au 1er juillet 2007. L'expérimentation s'est orientée vers le secteur de santé libéral et le secteur de santé hospitalier. Le Groupement d'Intérêt Public du

DMP (GIP-DMP) a été créé en avril 2005 afin de manager cette première phase. Ainsi 17 sites pilotes répartis au sein de 13 régions françaises ont été retenus par le GIP-DMP en février 2006. Chaque site pilote est rattaché à un hébergeur parmi les 6 consortiums sélectionnés en octobre 2005 puis agréés, la région Alsace ayant choisi le groupement Thalès-Cegedim. L'expérimentation a officiellement été lancée au 1er juin 2006, pour se bousculer à l'automne, et être clôturée le 31 décembre de cette même année. En Alsace, un premier groupe de 72 médecins libéraux, dont 62 médecins généralistes, a ouvert 881 DMP. Seuls 50 % d'entre eux (36) ont utilisé des DMP : 1294 documents ont été soumis et 445 documents ont été consultés, l'ensemble de ces documents correspond dans près de la moitié des cas à des comptes-rendus de consultation. Outre quelques dysfonctionnements d'ordre technique (difficultés d'installation et d'utilisation des interfaces DMP, problèmes d'accès aux dossiers), il a été relevé une lenteur et des erreurs d'ordre administratif lors de la procédure d'ouverture des dossiers (problèmes liés aux AQS); un bon nombre de médecins actifs souhaiteraient par ailleurs une meilleure ergonomie du DMP. Un deuxième groupe de médecins hospitaliers du CHU de Strasbourg et du CH de Saverne, dont le nombre n'a pu être défini, a ouvert 1600 DMP. Mais seuls 9 documents ont été consultés et aucun document n'a été soumis aux DMP. La non utilisation hospitalière des DMP est principalement liée à des défauts techniques et à une période trop restreinte de l'expérimentation. A l'issue de cette phase expérimentale, il semble évident que le DMP n'est pas opérationnel, et qu'il faille se donner le temps nécessaire à l'amélioration et à la mise au point de cet outil, afin d'espérer sa généralisation prochaine à tous les Français.

### Éducation thérapeutique

38359

RAPPORT, INTERNET

LABALETTE (C.), BUTTET (P.), MARCHAND (A.C.)

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Paris. FRA

***L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3e génération 2006-2011.***

Paris : INPES : 2008 : 54p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.inpes.sante.fr/educationpatient/pdf/>

[SROS\\_ETP.pdf](#)

Dans le cadre de son programme d'actions « Maladies chroniques », l'INPES mène une réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique du patient en région en s'intéressant à la place prise par l'ETP au sein des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération. Ces SROS 3 constituent l'outil de planification de l'offre de soins hospitaliers le plus récent. L'éducation thérapeutique du patient, souvent mise en œuvre dans les établissements de santé, est donc susceptible de s'intégrer dans les SROS et sa place peut y être définie pour la région. Afin de vérifier cette hypothèse et d'analyser la manière dont les SROS traitent de ce sujet, les textes réglementaires et administratifs de chaque Sros ont été analysés et les éléments concernant l'éducation thérapeutique du patient relevés. L'INPES met en ligne un rapport qui expose les résultats de ce travail d'analyse descriptive transversale (par thème et par région). Un tableau synthétisant l'ensemble des résultats régionaux ainsi que les résultats détaillés région par région figurent dans les annexes

## ► Milieu rural

37946

FASCICULE, INTERNET  
Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.). Paris.  
FRA

### ***L'offre de soins en milieu rural : une urgence pour demain.***

BIMSA (Le) : 2008/05 ; vol. 84 : 17-31 :  
Paris : CCMSA

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msafr\\_1211987418524\\_BIMSA\\_84\\_\\_\\_MAISON\\_DE\\_SANT\\_.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1211987418524_BIMSA_84___MAISON_DE_SANT_.pdf)

Vieillesse de la population, mauvaise répartition de l'offre de soins sur les territoires, perspectives démographiques peu optimistes pour les prochaines années, réticence des professionnels de santé à s'installer à la campagne... l'état des lieux est sévère. Il conduit la MSA à participer activement à la recherche de solutions efficaces et durables pour améliorer l'organisation des soins de premiers recours dans les zones mal dotées. Exercice regroupé, coordination entre différentes disciplines médicales et paramédicales, travail en réseau, promotion de la fonction de médecin généraliste, incitation des étudiants à exercer en milieu rural sont autant de voies dans les-

quelles elle s'investit. Point sur sa politique et zoom sur quelques actions menées sur le terrain (tiré de l'introduction).

## ► Nord-Pas-de-Calais

37486

INTERNET, RAPPORT  
Mission Régionale de Santé Nord Pas de Calais. (M.R.S.). Villeneuve d'Ascq. FRA, Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas de Calais. (A.R.H.). Lille. FRA, Union Régionale d'Assurance Maladie Nord Pas de Calais. (U.R.C.A.M.). Villeneuve d'Ascq. FRA

### ***La dynamique des réseaux de santé en Nord-Pas-de-Calais.***

Villeneuve d'Ascq : Mission Régionale de Santé Nord Pas de Calais : 2007/12 : 103p., cartes, fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/LA\\_DYNAMIQUE\\_DES\\_RESEAUX.pdf](http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/LA_DYNAMIQUE_DES_RESEAUX.pdf)

Les réseaux de santé constituent une réponse à des situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes. L'ARH et l'URCAM, réunies au sein de la Mission Régionale de Santé, partagent avec les promoteurs la volonté d'avancer ensemble, et se sont engagés depuis plusieurs années dans une politique active de soutien aux réseaux de santé du Nord - Pas de Calais. Ce document est un état des lieux des réalisations dans cette région.

## ► Pays-de-la-Loire

37528

RAPPORT, INTERNET  
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.). Nantes. FRA, Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.). Saint-Sébastien-sur-Loire. FRA

### ***Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007).***

Nantes : ORS Pays-de-la-Loire : 2008/02 : 16p., ann., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/>

[telechargements/Panel/2008panel\\_vague1.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel_vague1.pdf)  
[http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel\\_V1\\_annexes.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel_V1_annexes.pdf)  
[http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel\\_V1\\_typocom.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel_V1_typocom.pdf)

Cette brochure présente les résultats de la première vague d'enquête dans les Pays de la Loire du panel d'observation en médecine générale. Réalisée en mars-avril 2007, elle a pour principal objectif de décrire les conditions d'exercice des praticiens (installation, temps de travail et congés, activités hors du cabinet, informatisation...). L'annexe comporte des données statistiques complémentaires.

## MÉDECINE LIBÉRALE

### ► Démographie médicale

38275

DOCUMENT DE TRAVAIL

Sénat. Service des Etudes Juridiques. Paris.  
FRA

#### **La démographie médicale.**

Paris : Sénat : 2008/05 : 44p., tabl.

Cote Irdes : B6491

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/lc185-notice.html>

Réalisé par le service des études juridiques du Sénat, ce document de législation comparée porte sur la démographie médicale et analyse les dispositions en vigueur dans sept pays européens : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse, ainsi qu'au Québec. Malgré le déséquilibre géographique qui caractérise l'offre de soins en France, les deux principes de liberté d'installation des médecins et de libre accès au conventionnement ont été préservés jusqu'à ce jour : seules, des mesures incitatives ont été prises pour compenser la sous-médicalisation de certains territoires. L'examen de la situation dans plusieurs pays européens, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse, ainsi qu'au Québec, montre que : dans tous les pays étudiés, un numerus clausus limite l'accès aux études de médecine, mais il n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs ; la liberté d'installation des médecins conventionnés est restreinte non seulement en Angleterre, où les intéressés sont liés par contrat au Service national

de santé, mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Suisse et au Québec ; la Belgique limite par voie réglementaire le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés ; le Québec a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées. Aucun des dispositifs mis en place pour améliorer la répartition géographique n'a toutefois permis de résoudre la totalité des problèmes. Du reste, plusieurs pays envisagent de modifier le leur.

38363

INTERNET, DIPLOME

DEPLAUDE (M.O.)

GAZIE (D.)

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.  
Centre de Recherches Politiques de la Sorbonne. Ecole Doctorale de Sciences Politiques. Paris. FRA

#### **L'emprise des quotas : les médecins, l'Etat et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000).**

Thèse doctorale de Sciences politiques :  
Centre de recherches politiques de la Sorbonne - Ecole doctorale de Sciences politiques.

Paris : Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne : 2007 : 750p.

Cote Irdes : En ligne

Entre le début des années 1960 et la fin des années 1990, les médecins français ont connu une croissance démographique sans précédent dans leur histoire. Les événements de mai 1968, puis la crise économique et la volonté de plus en plus affichée des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé ont successivement conduit les médecins hospitalo-universitaires et les syndicats de médecins libéraux à se mobiliser pour continger davantage l'accès au corps médical. Cette thèse montre ainsi comment l'évolution démographique du corps médical a été construite comme un problème par ses porte-parole et par les pouvoirs publics et comment ceux-ci ont tenté de l'infléchir, voire de l'inverser, notamment en recourant à des quotas. Pour certaines administrations de l'Etat, ces quotas devaient être l'instrument d'une politique de long terme qui visait à réduire les effectifs du corps médical, quitte à créer des pénuries relatives de médecins qui devaient faciliter l'acceptation et la mise en oeuvre de réformes supposées « rationaliser » le système de santé. Cette politique n'a pu néanmoins être appliquée que dans la mesure où elle ne contrariait pas des intérêts trop puissants à l'intérieur du corps



médical. Ainsi, les quotas contingentant l'accès au corps médical ont davantage été fixés en fonction des intérêts immédiats défendus par les segments les plus puissants du corps médical et des rapports de force entre ces segments que suivant les préoccupations de long terme de certaines administrations. Les temporalités suivant lesquelles sont produites les politiques publiques ne peuvent donc pas être expliquées seulement suivant la temporalité propre du champ politique : cette dernière est elle-même, pour une part, le sous-produit des contraintes temporelles propres des institutions administratives ou des groupements qui cherchent à influencer sur les politiques publiques. L'étude de la régulation démographique du corps médical conduit également à montrer que les médecins forment un groupe politiquement puissant non pas au sens où tous les segments qui le composent sont puissants ou également puissants, mais au sens où certains d'entre eux le sont suffisamment pour influencer fortement la production des politiques publiques qui touchent à leurs intérêts spécifiques. Néanmoins, le pouvoir politique du corps médical est également le produit d'un travail de construction sociale et politique, un effet émergent résultant des succès remportés par ses segments les plus puissants et des discours imputant ces succès au groupe tout entier.

## ONDPS

38406

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

**Rapport 2006-2007 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : synthèse générale.**

Paris : ONDPS : 2008 : 68p., carte, graph.

Cote Irdes : B6506

[http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_06\\_07/synthese.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/synthese.pdf)

Ce troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. Cette synthèse est assortie de préconisations de l'ONDPS.

38407

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

**Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1: la médecine générale.**

Paris : ONDPS : 2008 : 76p., tabl., carte, ann.

Cote Irdes : B6507

[http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_06\\_07/tome1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/tome1.pdf)

Le tome 1 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) établit un état des lieux de l'exercice de la spécialité médicale que constitue la médecine générale. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité, permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la «désaffection» dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet. Deux contributions complètent l'analyse. La première présente les souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale. La deuxième contribution fait ressortir, à travers l'histoire de l'institution médicale, les principales scènes et les différents moments de la construction de cette «valeur» de la médecine générale.

38408

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

**Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 2: les internes en médecine générale : démographie et répartition.**

Paris : ONDPS : 2008 : 93p., tabl., carte, ann.

Cote Irdes : B6508

[http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_06\\_07/tome2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/tome2.pdf)

Le tome 2 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du numerus clausus est analysée. La diversité

des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mis en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis à vis des disparités de répartition notamment territoriales. La contribution qui complète ce rapport a trait aux affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007.

38409

RAPPORT  
COLLET (M.), SICARD (D.), MICHEAU (J.),  
RIGAL (E.), JOUBERT (E.), BERCOT (R.)  
Observatoire National de la Démographie  
des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.).  
Paris. FRA

**Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 3 :  
Analyse des professions : chirurgiens  
dentistes, les métiers de la périnatalité.**

Paris : ONDPS : 2008 : 125p., tabl., carte,  
ann.

Cote Irdes : B6509

[http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_06\\_07/tome3.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/tome3.pdf)

Le tome 3 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fournit une analyse particulière de la situation des professions de chirurgien-dentistes et des métiers de la périnatalité. L'analyse des effectifs actuels et les résultats à l'horizon 2025 pour les chirurgiens-dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagés dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également une synthèse sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

38410

RAPPORT  
Observatoire National de la Démographie  
des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.).  
Paris. FRA

**Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 4 :  
Les métiers de la cancérologie.**

Paris : ONDPS : 2008 : 125p., tabl., carte,  
ann.

Cote Irdes : B6510

[http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport\\_06\\_07/tome4.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/tome4.pdf)

Le tome 4 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fournit une analyse particulière de la situation de la vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les 6 professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

## ► Rémunération

37413

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GRAVELLE (H.), SUTTON (M.), MA (A.)  
University of York. Centre for Health  
Economics. (C.H.E.). York. GBR

**Doctor Behaviour under a Pay for  
Performance Contract: Further Evidence  
from the Quality and Outcomes Framework.**

*Le comportement des médecins dont la  
rémunération est liée à leur performance :  
résultats supplémentaires provenant du Quality  
and Outcome Framework.*

CHE Research Paper Series ; 34.

York : University of York : 2008/02 : 31p., fig.,  
tabl.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp34.pdf>

Since 2003, 25% of UK general practitioners' income has been determined by the quality of their care. The 65 clinical quality indicators in this scheme (the Quality and Outcomes Framework) are in the form of ratios, with financial reward increasing linearly with the ratio between a lower and upper threshold. The numerator is the number of patients for whom an indicator is achieved and the denominator is the number of patients the practices declare are suitable for the indicator. The number declared suitable is the number of patients with the relevant condition less the number exception reported by the practice for a specified range of reasons. Exception reporting is designed to avoid harmful treatment resulting from the application of quality targets to patients for whom they were not intended. However, exception reporting also gives GPs the opportunity to exclude patients who should in fact be treated in order to achieve higher

financial rewards. This is inappropriate use of exception reporting or 'gaming'. Practices can also increase income if they are below the upper threshold by reducing the number of patients declared with a condition (prevalence), or by increasing reported prevalence if they were above the upper threshold. This study examines the factors affecting delivered quality (the proportion of prevalent patients for indicators were achieved) and tests for gaming of exceptions and for prevalence reporting being responsive to financial incentives.

37827

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MORRIS (S.), SUTTON (M.), GRAVELLE (H.), ELLIOTT (B.), HOLE (A.), MA (A.), SIBBALD (B.), SKATUN (D.)  
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Determinants of general practitioners' wages in England.***

*Déterminants des salaires des médecins généralistes en Angleterre.*

CHE Research Papers Series; 36  
York : University of York : 2008/05 : 17p., tabl., ann.  
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp36.pdf>

We analyse the determinants of annual net income and wages (annual net income/hours) of general practitioners (GPs) using a unique, anonymised, non-disclosive dataset derived from tax returns for 21,657 GPs in England for the financial year 2002/3. The average GP had a gross income of £189,300, incurred expenses of £115,600, and earned an annual net income of £73,700. The mean wage was £35 per hour. Net income and wages depended on gender, experience, list size, partnership size, whether or not the GP worked in a dispensing practice, whether or not they worked in a Primary Medical Service (PMS) practice, and the characteristics of the local population (limiting long term illness rate, proportion from ethnic minorities, population density, Index of Multiple Deprivation 2000). The findings have implications for discrimination by GP gender and country of qualification, economies of scale by practice size, incentives for competition for patients, compensating differentials for local population characteristics, and the attractiveness of PMS versus General Medical Services contracts.

## ► Sociologie médicale

37610

OUVRAGE  
PIGEAUD (J.)

***Poétiques du corps. Aux origines de la médecine.***

Paris : Les Belles Lettres : 2008 : 704p.  
Cote Irdes : A3697

On présente ici un ensemble de travaux consacrés à une discipline que l'on propose d'appeler histoire de la pensée médicale : par là, nous voulons marquer que notre but est de nous livrer non pas à une histoire de type positiviste de la médecine, mais à une reconstitution de l'imaginaire des médecins ; c'est ce que Galien appelait philosophie médicale. On a préféré retenir le titre *Poétiques du corps*, pour faire droit à tout l'imaginaire que recèle cette visée, car ce qui est décrit ici ce sont les efforts de l'imagination réglée par une pratique, la définition d'une pensée créatrice et qui prétend à l'autonomie. La seconde partie de l'ouvrage regroupe des travaux qui éclairent la survie des textes médicaux antiques aussi bien dans le courant hippocratique que dans la constitution, au XIXe siècle, de la psychiatrie française.

## ► Soins primaires

38390

OUVRAGE  
MEADS (G.), IWAMI (M.)  
CARTER (Y.) / préf.

***Primary care in the twenty-first century : an international perspective.***

*Les soins de santé primaires au 21e siècle : une perspective internationale.*

Abingdon : Radcliffe Publishing Company :  
2006 : 9-153p., index  
Cote Irdes : A3739

What is really happening in the world of primary care today? This is an easy to read, no-nonsense account that provides a comprehensive and accessible overview of primary care theory and reviews the future of general practice from an international perspective. Particular emphasis is placed on innovations in developing countries and lessons for modernising primary care organisations in the West. There are also helpful healthcare system summaries of twenty-four countries. Primary Care in the Twenty-first Century provides a vital overview

for healthcare policy makers and shapers. Primary healthcare professionals with an interest in learning from best practice from around the world will find this book invaluable, as will students of medicine and nursing, and international health and patient organisations. This book is a welcome addition to the literature on international primary care. It illuminates the importance of comparative models in different healthcare systems and deals systematically with the subject. Understanding the issues that face primary care teams around the world is an important concept in preparing for future challenges and this book clearly, concisely and very readably summarises the global story.

## HÔPITAL

### ► Accréditation

36925

RAPPORT, INTERNET  
Belgian Health Care Knowledge Centre.  
(K.C.E.). Belgique. BEL

***Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe.***

Bruxelles : KCE : 2007 : 237p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=989>

Au départ, l'accréditation des hôpitaux a été initiée par le milieu hospitalier lui-même et visait une amélioration volontaire et continue de la qualité, mais depuis le milieu des années 90, tant les initiatives existantes que les nouvelles sont davantage axés sur une justification vis-à-vis du public, et des instances réglementaires et de financement. De plus en plus de pays initient des programmes d'accréditation afin d'évaluer les procédures, les moyens utilisés et les résultats obtenus. L'objectif s'est déplacé de la simple atteinte d'un niveau qualitatif donné à une amélioration continue de celui-ci. Compte tenu de l'état d'avancement du processus d'accréditation des hôpitaux à l'échelon européen, le moment semble opportun d'entreprendre une étude de faisabilité qui tienne compte de tous les enseignements européens et nationaux. Les principaux objectifs de cette étude sont de dresser un inventaire des programmes d'accréditation des hôpitaux en vigueur en Europe, de comparer leurs différentes caractéristiques (contenu, organisation, financement, termes juridiques) et d'évaluer leur applicabilité dans le contexte

belge. Afin de réaliser ces objectifs, trois questions capitales ont été abordées dans cette étude : la démonstration de l'efficacité de l'accréditation, la comparaison internationale des programmes d'accréditation en vigueur dans les États membres européens et l'étude de faisabilité dans le contexte belge. Dans cette étude, l'accréditation des hôpitaux est définie comme suit : « L'accréditation des hôpitaux est un ensemble d'initiatives permettant l'évaluation externe des hôpitaux par rapport à des normes publiées, explicites et prédéfinies afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité des soins de santé ».

### ► Coût de l'hospitalisation

37525

RAPPORT, INTERNET  
Canadian Institute for Health Information.  
(C.I.H.I.). Ottawa. CAN

***The Cost of Hospital Stays: Why Costs Vary.***

*Le coût des séjours hospitaliers : pourquoi varient-ils ?*

Ottawa : CIHI : 2008 : 145p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/2008HospCosts\\_report\\_final\\_Eng\\_web.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/2008HospCosts_report_final_Eng_web.pdf)

This report provides information about average acute care hospitalization costs for typical patients for several conditions and/or procedures using a newly redeveloped case mix grouping methodology known as CMG+. Using this tool and CIHI data, we are able to determine why hospitalization costs can vary. Sometimes it can depend on the type of disease or condition being treated and how many interventions are used during a patient's hospital stay. In other cases, the differences may be due to how and where a patient is treated, the type of patient (that is, age, number of illnesses) and the length of hospital stay.

### ► Gestion hospitalière

38276

RAPPORT  
VASSEUR (A.), CAZEAU (B.)  
Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
Mission d'Evaluation et de Contrôle de la  
Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

***Rapport d'information sur la gestion de l'hôpital.***

Paris : Sénat : 2008/06 : 157p., tabl.

Cote Irdes : B6492

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-403-notice.html>

Ce rapport réalisé par la Commission des affaires sociales du Sénat, porte sur le pilotage de l'hôpital. La MECSS a voulu s'intéresser à l'hôpital à un moment où celui-ci est placé au cœur des évolutions de la politique sanitaire. Elle a choisi de mettre l'accent sur trois sujets moins souvent mis en exergue mais essentiels : la fixation des tarifs, l'équilibre financier des établissements et la question de l'emploi hospitalier. Les principaux points du constat sont sévères. Ainsi, le processus de détermination des tarifs apparaît à bien des égards insuffisamment maîtrisé par la Direction des hôpitaux et de l'organisation sociale. Les études attendues depuis plusieurs années sur les coûts de production des différentes catégories d'établissements et le coût lié à un certain nombre de charges spécifiques (précarité, permanence des soins, coût du travail) ne seront pas achevées d'ici la fin de l'année, malgré les engagements du gouvernement. De ce fait, le processus de convergence est en panne et les établissements de santé s'estiment pénalisés. L'enlèvement financier actuel des hôpitaux illustre les défaillances du pilotage. La mise en oeuvre des contrats de retour à l'équilibre financier, qui devaient accompagner les aides exceptionnelles consenties à partir de 2004, s'est le plus souvent traduite par un échec, comme l'a clairement montré l'IGAS dans un récent rapport. L'inscription, dans ces contrats, de prévisions de recettes irréalistes et de mesures d'économies peu ambitieuses illustre la très insuffisante implication des ARH dans leur élaboration, ainsi que l'absence de réflexion associée sur l'offre de soins. A l'échelon national, l'accumulation des directives n'a fait que compliquer la tâche des gestionnaires des établissements et brouiller le message adressé aux ARH. Enfin, la question de l'emploi semble taboue alors que les dépenses de personnel de l'hôpital public représentent 23 % de l'Ondam. L'absence d'outil de gestion statistique performant, de projections démographiques, de bilan sur les effets de la réduction du temps de travail à l'hôpital témoignent que l'emploi n'est pas une priorité des autorités de tutelle. Or, une gestion active des ressources humaines est impérative pour éviter une crise majeure avec les nombreux départs en retraite d'ici 2015. La situation exige une réflexion de chaque établissement sur son organisation et rend aussi impérative la mise en place d'outils de gestion par la DHOS pour suivre l'évolution des effectifs et des dépenses. La commission donne rendez-vous à la prochaine LFSS et au débat sur la création

des ARS pour faire un point sur l'avancement de ces différents chantiers.

## ► Listes d'attente

37000

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
PROPPER (C.), SUTTON (M.), WHITNALL (C.), WINDMEIJER (F.)  
University of Bristol. Centre for Market and Public Organisation. (C.M.P.O.). Department of Economics. Bristol. GBR

### ***Did 'Targets and Terror' Reduce Waiting times in England for Hospital Care?***

*Les stratégies « Objectifs et Terreur » réduisent-elles les listes d'attente pour les soins hospitaliers en Angleterre ?*

Working Paper; 07/179

Bristol : University of Bristol, CMPO :  
2007/11 : 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bris.ac.uk/Depts/CMPO/workingpapers/wp179.pdf>

Waiting times have been a central concern in the English NHS, where care is provided free at the point of delivery and is rationed by waiting time. Pro-market reforms introduced in the NHS in the 1990s were not accompanied by large drops in waiting times. As a result, the English government in 2000 adopted the use of an aggressive policy of targets coupled with publication of waiting times data at hospital level and strong sanctions for poor performing hospital managers. This regime has been dubbed 'targets and terror'. We estimate the effect of the English target regime for waiting times for hospital care after 2001 by a comparative analysis with Scotland, a neighbouring country with the same healthcare system that did not adopt the target regime. We estimate difference-in-differences models of the proportion of people on the waiting list who waited over 6, 9 and 12 months. Comparisons between England and Scotland are sensitive to whether published or unpublished data are used but, regardless of the data source, the 'targets and terror' regime in England lowered the proportion of people waiting for elective treatment relative to Scotland.

38444

RAPPORT, INTERNET

Canadian Institute for Health Information.  
(C.I.H.I.). Ottawa ON. CAN, Statistics  
Canada. Ottawa ON. CAN, Institut Canadien  
d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.). Ottawa  
ON. CAN

***Surgical Volume Trends, 2008 Within and  
Beyond Wait Time Priority Areas.***

*Tendances relatives au volume d'interventions  
chirurgicales, en lien ou non avec les domaines  
prioritaires associés aux temps d'attente. 2008.*

Ottawa : C.I.H.I. : 2008 : 60p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/surgical\\_volume\\_trends\\_2008\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/surgical_volume_trends_2008_fr.pdf)

In this report, CIHI reports on trends in the number of people having surgeries within First Ministers' wait times priority areas (cancer, heart, joint replacement, and sight restoration) as well as, trends in the numbers of people who had surgery for other reasons (outside priority areas). In addition, the report investigates the impact on physician consultations in the related surgical areas.

service provision in areas with stronger labor markets. In this paper we exploit panel data from the population of English acute hospitals where pay for medical staff is almost flat across the country. We predict that areas with higher outside wages should suffer from problems of recruiting, retaining and motivating high quality workers and this should harm hospital performance. We construct hospital-level panel data on both quality - as measured by death rates (within hospital deaths within thirty days of emergency admission for acute myocardial infarction, AMI) - and productivity. We present evidence that stronger local labor markets significantly worsen hospital outcomes in terms of quality and productivity. A 10% increase in the outside wage is associated with a 4% to 8% increase in AMI death rates. We find that an important part of this effect operates through hospitals in high outside wage areas having to rely more on temporary agency staff as they are unable to increase (regulated) wages in order to attract permanent employees. By contrast, we find no systematic role for an effect of outside wages of performance when we run placebo experiments in 42 other service sectors (including nursing homes) where pay is unregulated.

## ► Personnel hospitalier

37280

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HALL (E.), PROPPER (C.), VAN REENEN (J.)  
University of Bristol. Centre for Market and  
Public Organisation. (C.M.P.O.). Department  
of Economics. Bristol. GBR

***Can pay regulation kill ? Panel data evidence  
on the effect of labor markets on hospital  
performance.***

*La régulation salariale peut-elle tuer ? Données,  
issues d'un pannet, portant sur l'effet des  
marchés du travail sur le rendement de l'hôpital.*

Working Paper; 08/184

Bristol : University of Bristol, CMPO :  
2008/01 : 71p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bris.ac.uk/Depts/CMPO/workingpapers/wp184.pdf>

Labor market regulation can have harmful unintended consequences. In many markets, especially for public sector workers, pay is regulated to be the same for individuals across heterogeneous geographical labor markets. We would predict that this will mean labor supply problems and potential falls in the quality of

## ► Politique hospitalière

38368

INTERNET, RAPPORT  
FARRINGTON-DOUGLAS (J.), BROOKS (R.)  
Institute For Public Policy Research.  
(I.P.P.R.). London. GBR

***The Future Hospital. The politics of change.  
L'hôpital du futur. La politique du changement.***

Londres : IPPR : 2007/05 : 46p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ippr.org.uk/publicationsandreports/publication.asp?id=544>

The focus of this report is on the politics and process of hospital change at a local level. This is based on a year-long project that began with desk-based research, a research seminar and meetings with stakeholders and experts. A theoretical framework was developed to explore the local politics of hospital change, generating a series of hypotheses about the preferences of different stakeholders. These hypotheses were then tested and explored in two case studies of recent hospital reconfigurations, where 28 local stakeholders were interviewed. These included: managers and clinicians working in the hospitals, Prima-

ry Care Trusts and Strategic Health Authorities involved in change; local patients; public groups including hospital campaigners; and local politicians, including councillors and MPs. The findings and recommendations are based on a combination of case studies, desk-based research, meetings and theoretical work.

38369

INTERNET, RAPPORT  
FARRINGTON-DOUGLAS (J.), BROOKS (R.)  
Institute For Public Policy Research.  
(I.P.P.R.). London. GBR

***The Future Hospital. The progressive case of change.***

*L'hôpital du futur. La situation progressive du changement.*

Londres : IPPR : 2007/01 : 44p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ippr.org/publicationsandreports/publication.asp?id=544>

As health and healthcare change, hospitals inevitably need to respond and adapt. However, hospitals are popular local institutions, and implementing changes can be politically difficult. This project focuses on the objectives and the process of hospital change. We are interested in why and how hospitals should change. It is for local decision-makers to work out the details of local health service provision – the 'what' of the future hospital. At present, in part because of the political barriers to change, the NHS is not achieving the best outcomes from reconfiguration in terms of improving quality and access to services. Nor is it maintaining public trust and confidence in the process of change. This situation needs to be reversed if the NHS is going to succeed for future generations. This paper sets out the objectives for hospital change that a progressive health system should aim to achieve.

## ► Qualité

37012

DOCUMENT DE TRAVAIL  
ROMLEY (J.A.), GOLDMAN (D.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***How costly is hospital quality ? A revealed-preference approach.***

*Quel est le coût de la qualité des soins hospitaliers ? Une approche par les préférences révélées..*

NBER Working Paper Series ; n° 13730  
Cambridge : NBER : 2008/01 : 37p.,fig.+ annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13730>

One of the most important and vexing issues in health care concerns the cost to improve quality. Unfortunately, quality is difficult to measure and potentially confounded with productivity. Rather than relying on clinical or process measures, we infer quality at hospitals in greater Los Angeles from the revealed preference of pneumonia patients. We then decompose the joint contribution of quality and unobserved productivity to hospital costs, relying on heterogeneous tastes among patients for plausibly exogenous quality variation. We find that more productive hospitals provide higher quality, demonstrating that the cost of quality improvement is substantially understated by methods that do not take into account productivity differences. After accounting for these differences, we find that a quality improvement from the 25th percentile to the 75th percentile would increase costs at the average hospital by nearly fifty percent. Improvements in traditional metrics of hospital quality such as risk-adjusted mortality are more modest, indicating that other factors such as amenities are an important driver of both hospital costs and patient choices.

## ► Réforme

38468

OUVRAGE  
CLEMENT (J.M.)

***Contribution pour une vraie réforme hospitalière.***

Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2008 : 83p.

Cote Irdes : A3743

Trop de réformes tuent la réforme serait-on tenté d'écrire à l'aune des très nombreuses réformes hospitalières qui ont jalonné ces trente dernières années. C'est en connaisseur, praticien et penseur des politiques hospitalières que Jean-Marie Clément prend parti pour une vraie réforme hospitalière, celle où on laisserait du temps pour la mettre en œuvre. Pour cela, l'auteur, fidèle à son parler vrai, se risque à un diagnostic de ce qui ne va pas pour proposer quelques pistes de réflexion. C'est en maïeuticien que Jean-Marie Clément pense la nouvelle politique hospitalière (4e de couverture.).

## ► Régulation

37375

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BREKKE (K.), SICILIANI (L.), STRAUME (O.)  
Universidade do Minho. Nucleo de  
Investigacao em Politicas Economicas.  
(N.I.P.E.). Braga. PRT

### ***Hospital competition and quality with regulated prices.***

*Concurrence hospitalière et qualité avec des prix régulés.*

Working Paper Series ; 6/2008

Braga : NIPE : 2008 : 9p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/docs/2008/NIPE\\_WP\\_6\\_2008.PDF](http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/docs/2008/NIPE_WP_6_2008.PDF)

We analyse the effect of competition on quality in hospital market with regulated prices, considering both the effect of free patient choice (monopoly versus competition) and increased competition through lower transportation costs (increased substitutability). With partially altruistic providers and a convex cost function that is non-separable in activity and quality, we show - in both cases - that the effect is generally ambiguous. In contrast to the received theoretical literature, this is consistent with, and potentially explains, the mixed empirical evidence.

## ► Tarification hospitalière

37390

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SHARMA (A.)  
Monash University. Center for Health  
Economics. Melbourne. AUS

### ***Inter-DRG resource allocation in a prospective payment system: A Stochastic Kernel Approach.***

*Allocation de ressource interne aux groupes homogènes de malades : approche stochastique kernel.*

Research paper 2007; 21

Melbourne : Monash University : 2007/10 : 35p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/rp21.pdf>

This paper empirically investigates the distribution dynamics of resource allocation decisions across Diagnosis Related Groups (DRGs),

in a continuing Prospective Payment System (PPS). The theoretical literature suggests a PPS could lead to moral hazard effects, where hospitals have an incentive to change the intensity of services provided to a given set of patients, a selection effect whereby hospitals have an incentive to change the severity of patients they see, and thirdly hospitals could change their market share by specialization (practice style effect). The related econometric literature has mainly focussed on the impact of PPS on average Length of Stay (LOS) concluding that the average LOS has declined post PPS. There is little literature on distribution of this decline across DRGs, in a PPS. The present paper helps fill this gap. The paper models the evolution over time of the empirical distribution of LOS across DRGs. The empirical distributions are estimated using a non parametric "stochastic kernel approach" based on Markov Chain theory. The results suggest that relative prices of DRGs are one of the determinants in resource allocation across DRGs. In addition, a reduction in the high outlier episodes indicates existence of potential selection effect even in a continuing PPS.

## ► Urgences médicales

38432

RAPPORT, INTERNET

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA

### ***Organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente.***

Paris : Ministère chargé de la santé : 2008 : 64p., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Organisation\\_du\\_SAP\\_et\\_AMU\\_juin\\_2008.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Organisation_du_SAP_et_AMU_juin_2008.pdf)

Ce rapport présente le référentiel commun qui permettra de mieux organiser la prise en charge des appels arrivant au 15 et/ou au 18. Ce référentiel a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence, des services d'incendie et de secours et des services des ministères concernés.



## Chirurgiens

37651

RAPPORT  
MILON (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
Paris. FRA

### **Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France.**

Paris : Sénat : 2008 : 50p., ann.

Cote Irdes : B6263

<http://www.senat.fr/rap/r07-287/r07-2871.pdf>

L'organisation de l'offre de soins sur le territoire national est aujourd'hui au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, qui tentent de conjuguer une réponse appropriée aux besoins sanitaires des Français et une utilisation aussi efficiente que possible des moyens humains et matériels. La commission des affaires sociales a souhaité apporter une contribution à la réflexion générale en étudiant le cas de la chirurgie. Deux raisons ont présidé à ce choix : d'une part, il s'agit d'une profession dont l'exercice a été profondément modifié au cours des dernières années par l'évolution des techniques, les tensions démographiques et la spécialisation croissante de la discipline ; d'autre part, si les services de chirurgie jouent, comme les maternités, un rôle emblématique dans l'accès aux soins, le coût et les contraintes de fonctionnement de ces services posent, dans de nombreux établissements, la question de leur maintien. En abordant les questions de l'attractivité du métier de chirurgien, de la formation des étudiants, de la rémunération et des modalités d'exercice de la profession, le rapport d'Alain Milon propose une série de mesures susceptibles de conforter l'avenir de la chirurgie en France, dans le souci d'assurer à tous une offre de soins de qualité, réalisés au moyen de plateaux techniques innovants et prodigués par des praticiens confirmés.

## Conditions de travail

37652

RAPPORT  
MORIN (E.)

Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail. (I.R.S.S.T.). Montréal. CAN

### **Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel.**

Montréal : IRSST : 2008 : 54p., tabl.

Cote Irdes : B6445

<http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PublRSST/R-543.pdf>

À l'aide de questionnaires, une équipe a colligé des données auprès du personnel de quatre organisations : un hôpital, un centre de santé et de services sociaux, un centre de recherche et une société conseil en ingénierie. L'objectif était de démontrer que des caractéristiques telles que l'utilité du travail, la rectitude morale du travail, les occasions d'apprentissage et de développement, l'autonomie, la reconnaissance et la qualité des relations humaines avaient un lien avec le sens que les gens attribuent à leur travail. L'auteure a observé qu'un emploi perçu comme utile à la société et qui permet d'acquérir des connaissances est un des facteurs qui influencent la perception que les gens en ont. D'autres hypothèses relatives à l'influence positive ou négative du sens attribué au travail sur le bien-être ou la détresse psychologiques se sont aussi avérées. L'auteure a élaboré un modèle théorique qui présente l'organisation du travail comme un déterminant de la santé des employés, de leurs attitudes et de leur performance. Le rapport contient des recommandations quant à la prévention des symptômes de détresse psychologique et à la réduction du stress.

## Démographie médicale

37898

CHAPITRE  
MACE (J.M.)

Centre International de Recherche en Economie de la Santé. (C.I.R.E.S.). Saint-Etienne. FRA

### **La démographie médicale des chirurgiens en France.**

In : Recherche sur le système de santé : 2005-2007.

Saint-Etienne : EN3S : 2008 : 43-102, tabl., carte

Cote Irdes : A3711

Cette recherche répond en grande partie aux préoccupations du Conseil national de chirurgie. L'objectif de cette étude est d'anticiper sur les besoins de la population en chirurgie afin de mesurer l'impact de l'évolution des pathologies, ce qui n'a jamais été le cas jusqu'à présent. Elle cherche à identifier, en premier lieu, la demande effective de soins chirurgicaux de la population à une échelle géographique opérationnelle pertinente, à savoir le bassin de santé. En deuxième lieu, la projection de

la démographie des chirurgiens à l'horizon 2025 est calculée non seulement au regard de la répartition spatiale de la population dans l'espace (bassins de santé), mais également en fonction de la structure d'âge de la population de chaque bassin de santé.

## ► Pharmaciens

38330

RAPPORT  
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.  
(C.N.O.P.). Paris. FRA

**Les pharmaciens : statistiques au 1er janvier 2008.**

Paris : CNOP : 2008 : 241p., tabl.

Cote Irdes : S46/1

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2008.

38331

FASCICULE  
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.  
(C.N.O.P.). Paris. FRA

**Panorama au 1er janvier 2008.**

Paris : CNOP : 2007 : 24p., carte, graph., tabl.

Cote Irdes : S46/2

Ce petit document présente, sous forme de graphiques, cartes et commentaires concis, les principaux chiffres de la démographie pharmaceutique : caractéristiques des membres de l'Ordre National des Pharmaciens, secteurs dans lesquels ils travaillent, et répartition géographique.

## ► Transferts de compétences

36847

RAPPORT  
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

**Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à la consultation public. Délégation - transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.**

Saint Denis : Haute Autorité de santé : 2007/12 : 61p., ann.

Cote Irdes : B6336

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_projet\\_recommandation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_projet_recommandation.pdf)

Le projet de recommandation est organisé en quatre grands chapitres. Il propose tout d'abord un état des lieux sur les conditions de l'exercice des professions médicales et paramédicales. Il examine ensuite le potentiel de développement de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pouvant être atteint sans modifications majeures de cadre d'exercice. Puis il analyse les évolutions structurelles qui sont nécessaires à un développement des coopérations au-delà du potentiel immédiat. Enfin, il propose les conditions immédiates de mise en oeuvre de coopération.

37678

RAPPORT, INTERNET  
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

**Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques.**

Saint Denis : Haute Autorité de santé : 2008/04 : 112p., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_rapport\\_aspects\\_juridiques.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf)

Les coopérations entre professionnels de santé prennent place dans un contexte juridique caractérisé par un certain nombre de contraintes, dont l'une des conséquences a, notamment, été l'obligation de prévoir, dans une loi, et non dans un acte réglementaire, la possibilité des expérimentations de nouvelles formes de coopération. La deuxième partie du rapport est donc consacrée à cette question (2). Il ne faudrait, cependant, pas croire que le système n'est constitué que de contraintes. Celui-ci comprend, en effet, un certain nombre de marges d'initiative et de possibilité laissée aux acteurs, qui sont abordées dans la troisième partie, consacrée aux libertés qu'offre le système (3). La prise en compte de ces deux caractères permettra ensuite de produire une analyse des différents modèles d'organisation des professions de santé actuellement à l'oeuvre en droit français, ainsi que d'effectuer un certain nombre de propositions d'évolution (4). Le rapport se termine, d'une part par une synthèse des orientations proposées (5), et, d'autre part par une série d'annexes (6).

## Dispositifs médicaux

38272

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance  
Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

**Note sur les dispositifs médicaux..**

Paris : HCAAM : 2008/05 : 79p., tabl., graph.,  
fig., index

Cote Irdes : B6489

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_avis\\_290508.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_290508.pdf)

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_note\\_290508.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_290508.pdf)

Cette note d'évaluation présente, tout d'abord, l'évolution du marché des dispositifs médicaux en France, leur prise en charge et leur processus de tarification. Puis elle étudie le recours aux soins des consommateurs et la prescription des professionnels de santé dans ce secteur. La dernière partie porte sur des approches sectorielles : optique, prothèses dentaires et fauteuils roulants. Cette note est accompagnée d'un avis.

## Données d'ensemble

38433

RAPPORT

Fédération Nationale de la Mutualité  
Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

**Mémento du médicament 2008.**

Paris : FNMF : 2008 : 10p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[www.mutualite.fr/content/download/156422/2882566/file/Memento\\_2008.pdf](http://www.mutualite.fr/content/download/156422/2882566/file/Memento_2008.pdf)

La Mutualité Française vient de publier l'édition 2008 de son «Mémento Médicament», un dépliant qui, sous forme de tableaux et de graphiques, donne les chiffres clés du médicament en France pour l'année 2007 et le détail de son financement par les mutuelles. Les ventes de médicaments génériques passent à la vitesse supérieure. Elles ont progressé de 22,1% entre 2006 et 2007, selon l'étude «Mémento 2008» de la Mutualité française consacrée aux médicaments. L'année dernière, le marché des génériques a représenté 3,5 milliards d'euros. Il faut dire que les génériques ont bénéficié d'un coup de pouce. Depuis le 1er janvier 2007, les pharmaciens ont la possibilité de refuser le tiers payant aux

personnes qui n'acceptent pas la délivrance de médicaments génériques. C'est le droit de substitution. Dans ce cas, les patients doivent avancer l'argent des médicaments, avant de se faire rembourser par la Sécu. Ce dispositif a montré son efficacité : les génériques sont préférés aux médicaments de marque dans huit cas sur dix lorsqu'ils sont proposés par les pharmaciens, selon les chiffres de l'assurance maladie publiés en juin 2008. Ces bons résultats ont permis une économie totale de 1,16 milliard d'euros en 2007. En effet, les génériques présentent l'avantage d'être 30% à 50% moins chers que les marques ! Autant de moyens qui peuvent être consacrés à la prise en charge de nouveaux traitements.

## Industrie pharmaceutique

38236

OUVRAGE

HAMDOUCH (A.), DEPRET (M.H.)

**La nouvelle économie industrielle de la pharmacie : structures industrielles, dynamique d'innovation et stratégies commerciales.**

Paris : Editions scientifiques Elsevier : 2003 :  
280p., index

Cote Irdes : A3727

Cet ouvrage a pour ambition de décrypter les nouvelles logiques d'évolution industrielle et concurrentielle et de montrer qu'elles traduisent plus largement l'émergence d'un modèle d'organisation industrielle fondé sur une dynamique de co-évolution des conditions institutionnelles, des structures de marché, des stratégies des firmes et des performances anticipées et réalisées.

38389

RAPPORT, CD ROM

Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).  
Paris. FRA

**Réalités économiques 2007 : l'industrie du médicament en France.**

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM  
Services : 2008 : 119p., tabl., graph., index

Cote Irdes : Bc6505

Ce rapport dresse un panorama complet de l'industrie pharmaceutique en France sous forme de tableaux, de graphiques et de brefs commentaires : contexte réglementaire, production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, prix, bénéfices, investisse-

ments, recherche et développement, exportations et importations, choix humanitaire de l'industrie pharmaceutique, marché intérieur, marché mondial, consommation, système de santé et remboursements, environnement économique, comparaison internationale des systèmes de santé. En fin de document figurent quelques données générales sur la santé, puis une liste d'adresses utiles sur le monde du médicament.

## ► Information du patient

38426

RAPPORT, INTERNET  
Académie Nationale de Pharmacie. (A.N.P.).  
Paris. FRA

### ***L'information et la sécurité des patients en Europe.***

Paris : Académie Nationale de Pharmacie :  
2008 : 16p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.acadpharm.org/medias/direct/1-Rapport-information-et-securite-VDef-au-2008-06-20.doc>

Il existe une demande grandissante d'information de la part des patients en matière de santé et, grâce à l'accès facilité par les nouveaux canaux d'informations tels que les multimédia dont Internet, celui-ci peut recevoir passivement ou rechercher l'information sur sa maladie et/ou ses traitements. Néanmoins, si une telle démarche comporte des avantages pour le patient qui va mieux comprendre l'enjeu de son traitement et l'importance de suivre la prescription, elle engendre un certain nombre de risques liés à la qualité de cette information qui est rarement contrôlée. De plus, la frontière entre information et promotion est étroite, et si l'on doit prendre en compte les contraintes liées à la liberté de la presse, il importe aussi de donner au patient une information objective et donc non promotionnelle. La Commission européenne, par son entité « Directorate General Enterprise and Industry » s'est intéressée aux pratiques actuelles en matière de communication et a également constaté qu'il existe un besoin d'uniformisation de la mise à disposition de l'information au patient dans les différents états membres. Elle a publié une consultation en février 2008 sur les changements législatifs envisageables. L'Académie nationale de Pharmacie a contribué à cette consultation en émettant 5 recommandations en avril 2008. Cette consultation doit aboutir à une proposition législative en matière d'information aux patients pour assurer une qualité

optimale, objective, non promotionnelle de l'information sur les médicaments soumis à prescription obligatoire, et harmoniser la dispensation de cette information dans tous les états membres de la Communauté Européenne. Le présent rapport a été préparé par un groupe de réflexion spécialement constitué afin de participer au débat européen visant à améliorer l'information sur les médicaments soumis ou non à prescription obligatoire. Cette démarche vise notamment à améliorer la qualité de discernement des patients face à la diversité de l'information, en établissant des règles de bonne pratique d'information conduisant, in fine, à renforcer la sécurité du patient

## ► Médicaments cardiovasculaires

37972

DOCUMENT DE TRAVAIL  
LICHTENBERG (F.R.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

### ***Have Newer Cardiovascular Drugs Reduced Hospitalization? Evidence From Longitudinal Country-Level Data on 20 OECD Countries, 1995-2003.***

*Les nouveaux médicaments cardio-vasculaires réduisent-ils les hospitalisations ? Données issues d'enquêtes longitudinales menées dans 20 pays de l'OCDE, 1995-2003.*

NBER Working Paper Series ; 14008

Cambridge : NBER : 2008/05 : 21p., tab., fig., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14008>

This study examines the effect of changes in the vintage distribution of cardiovascular system drugs on hospitalization and mortality due to cardiovascular disease using longitudinal country-level data. The vintage of a drug is the first year in which it was marketed anywhere in the world. We use annual data on the utilization of over 1100 cardiovascular drugs (active ingredients) in 20 OECD countries during the period 1995-2003. Countries with larger increases in the share of cardiovascular drug doses that contained post-1990 or post-1995 ingredients had smaller increases in the cardiovascular disease hospital discharge rate, controlling for the quantity of cardiovascular medications consumed per person, the use of other medical innovations (CT scanners & MRI units), potential risk factors (average consumption of calories, tobacco, and alcohol), and demographic variables (popula-

tion size & age structure, income, and educational attainment). The estimates also indicate that use of newer cardiovascular drugs has reduced average length of stay and the age-adjusted cardiovascular mortality rate, but not the number of potential years of life lost due to cardiovascular disease before age 70 per 100,000 population. The estimates indicate that if drug vintage had not increased during 1995-2004, hospitalization and mortality would have been higher in 2004. We estimate that per capita expenditure on cardiovascular hospital stays would have been 70% (\$89) higher in 2004 had drug vintage not increased during 1995-2004. Per capita expenditure on cardiovascular drugs would have been lower in 2004 had drug vintage not increased during 1995-2004. But our estimate of the increase in expenditure on cardiovascular hospital stays is about 3.7 times as large as our estimate of the reduction in per capita expenditure for cardiovascular drugs that would have occurred (\$24).

## ► Pharmacoeconomie

37899

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Direction de l'Evaluation de la Publicité et des Produits Cosmétiques et Biocides. Saint-Denis. FRA

### **Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1996-2006.**

St Denis : AFSSAPS : 2008/05 : 116p., graph., tabl., annexes.

Cote Irdes : Bc6470

[http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapport\\_vente\\_medicament\\_1996-2006.pdf](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapport_vente_medicament_1996-2006.pdf)

Ce recueil a pour objectif de présenter une information statistique sur les ventes de médicaments en France de 1996 à 2006. Ce document comporte trois parties principales. La première est consacrée à la présentation du marché pharmaceutique français à l'aide de classements et de tableaux qui permettent d'en préciser les caractéristiques et de mettre en lumière ses particularités ainsi que les évolutions constatées au cours de la période 1995-2005. La seconde porte exclusivement sur les ventes par classe ATC (anatomique, thérapeutique, chimique). En retraçant l'évolution des ventes de spécialités pharmaceutiques au cours de la période 1995-2005, à l'aide de tableaux et de graphiques, cette partie permet de connaître les tendances de chaque

classe et ses principaux faits marquants. La troisième, introduite il y a deux ans, présente, pour un ensemble de classes, sous-classes et molécules, les ventes exprimées en nombre de DDJ par jour et pour mille habitants.

## ► Pharmacovigilance

37932

RAPPORT, INTERNET

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Paris. FRA

### **Le Guichet Erreurs Médicamenteuses de l'Affsaps : bilan de 30 mois de phase pilote.**

Saint-Denis : AFSSAPS : 2008 : 18p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/bilan-guichet-erreurs-medicament.pdf>

En 2002, l'Affsaps a mis en place un groupe de réflexion sur l'erreur médicamenteuse afin de partager les expériences et points de vue des pharmaciens hospitaliers, des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Cette concertation avait pour objectif d'élaborer une procédure de prise en charge des erreurs médicamenteuses liée à la présentation des médicaments. Dans ce contexte, l'Agence a défini un circuit de l'erreur médicamenteuse inhérente à la présentation ou à la dénomination du médicament et a créé en juin 2005, le Guichet Erreurs Médicamenteuses au sein du Département de la surveillance du risque, du bon usage et de l'information sur les médicaments. Le champ d'intervention de ce guichet porte sur les défauts de dénomination (confusion entre noms commerciaux de médicaments...), de présentation d'étiquetage, d'information (conditionnement primaire ou extérieur, notice, mise à disposition du RCP...), de conception du conditionnement (conditionnement inadapté, confusion entre formes), etc. De sa mise en place au 31 décembre 2007, le Guichet a enregistré 634 signalements d'erreur ou de risque d'erreur médicamenteuse, la majorité concernant des confusions entre des spécialités conditionnées sous forme d'ampoules de solution injectable, des défauts d'information ou de conditionnement, et des similitudes de noms. Dans leur majorité, ces signalements ont été traités dans le cadre d'une réflexion globale (harmonisation des étiquetages, conditionnement unitaire, charte graphique), ou ont nécessité une action spécifique (mo-

dification de l'AMM, retrait de lot ou communication). Les autres signalements relevaient plus spécifiquement d'un traitement local au niveau de l'établissement de santé, ou d'une structure nationale extérieure. A sa mise en place, le Guichet recevait des signalements exclusivement dans le cadre d'une phase pilote impliquant 12 équipes de binômes Centre régional de pharmacovigilance/Pharmacie hospitalière. Il a ensuite été rapidement identifié comme un lieu unique d'enregistrement et de centralisation des signalements d'erreurs médicamenteuses inhérentes aux médicaments par d'autres professionnels de santé tels que des infirmiers, des pharmaciens d'officine, mais aussi par des laboratoires pharmaceutiques. Après 30 mois d'activité, le bilan des signalements et des mesures correctrices souligne l'implication et la sensibilisation des professionnels de santé dans la prévention des erreurs médicamenteuses, et bien au-delà de la iatrogénie médicamenteuse, ainsi que l'importance de signaler les erreurs afin de les prévenir. Une rubrique dédiée aux Erreurs Médicamenteuses va prochainement être mise à disposition sur le site Internet de l'Afssaps afin de permettre, notamment, aux professionnels de santé de signaler les erreurs ou les risques d'erreur dont ils ont connaissance et d'être informés des mesures correctrices mises en place par l'Agence.

## ► Politique du médicament

37286

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
KALO (Z.), DOCTEUR (E.), MOISE (P.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction de l'Emploi - du Travail et des  
Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

### ***Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Slovakia.***

*Prix des médicaments et politiques de  
remboursement en Slovaquie.*

OECD Health Working Papers ; 31  
Paris : OCDE : 2008 : 51p., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/14/40/40177050.pdf>

Le présent document examine les différents aspects des politiques et des caractéristiques du marché du secteur pharmaceutique slovaque, et évalue les objectifs atteints. La part des dépenses pharmaceutiques dans l'ensemble des dépenses de santé est plus élevée en République slovaque que dans tout autre pays

de l'OCDE, et la proportion du revenu national consacrée aux produits pharmaceutiques n'est plus forte qu'en Hongrie. Si la modestie relative du revenu national explique en partie cette situation, le présent examen indique que la République slovaque dispose d'une certaine marge de manœuvre pour réduire ses dépenses pharmaceutiques et ralentir la croissance rapide de ceux-ci. En République slovaque, le financement des dépenses pharmaceutiques dépend davantage du secteur public que dans les autres pays membres de l'OCDE : la participation aux coûts des ménages n'en supporte que le quart. Le recours aux prix de référence externes n'a pas fait la preuve de modérer les prix slovaques des produits pharmaceutiques qui sont encore protégés par un brevet. S'agissant des produits tombés dans le domaine public et des produits ayant une structure chimique comparable, un dispositif de prix de référence et la concurrence avec les génériques permettent une maîtrise effective des prix, même si les incitations à la substitution par des produits génériques sont faibles pour les patients et ne sont pas aligné pour les pharmaciens. Par ailleurs, le processus de décision de remboursement d'un médicament par l'assurance sociale ne donne pas lieu à une évaluation du coût-efficacité des nouveaux produits pharmaceutiques. D'un autre côté, certains objectifs des politiques pharmaceutiques ont été atteints. La facilité d'accès et la disponibilité des médicaments - y compris les plus innovants - sont satisfaisantes ; l'accessibilité financière aux médicaments est soutenue par la relative modération de la participation aux coûts de l'assuré. Si les médicaments chers sont en général synonymes pour l'assuré d'une participation financière supérieure, le critère de l'accessibilité financière n'est pas un motif d'exclusion de la liste des médicaments remboursés.

37822

RAPPORT  
LEMORTON (C.)  
Assemblée Nationale. Commission des  
Affaires Culturelles Familiales et Sociales.  
(C.A.C.F.S.). Mission d'Evaluation et de  
Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.).  
Paris. FRA

### ***Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments.***

Paris : Assemblée Nationale : 2008/05 :  
273p., annexes

Cote Irdes : B6469

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0848.pdf>

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a consacré son premier rapport de la législature à « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ». Elle a choisi de centrer son analyse sur la prescription et la consommation de médicaments en ville et sur la fiscalité spécifique au secteur du médicament. Le rapport établit d'abord le constat que la France se caractérise par une consommation de médicaments record qui est la conséquence de comportements de prescription et de consommation difficiles à modifier. Le rapport formule ensuite un ensemble cohérent de recommandations visant à développer un partenariat de santé favorable au bon usage des médicaments. Il est proposé d'améliorer l'encadrement de la vie du médicament, de renforcer la sélectivité de l'accès au remboursement et de gérer de manière plus active la liste des médicaments remboursables. Plusieurs propositions visent à favoriser l'évolution des comportements des prescripteurs et des consommateurs de médicaments en créant une base d'information exhaustive et gratuite sur les médicaments, en rééquilibrant l'information des médecins sur les médicaments, en réformant la formation médicale initiale des médecins et en veillant à assurer à la fois la montée en charge effective de la formation continue des médecins et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. La Mission souhaite ainsi que la Haute Autorité de santé dispose d'un corps de « délégués de santé » pour informer les prescripteurs sur le bon usage des médicaments, que les logiciels d'aide à la prescription soient obligatoirement certifiés, que l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) pilote la diffusion de l'information en direction du grand public et que l'information sur Internet concernant les médicaments soit développée et fiable. La Mission propose aussi de favoriser la prescription de génériques, d'encadrer le développement d'une automédication responsable et d'amplifier la prévention ainsi que le conseil et l'accompagnement des patients relevant d'une affection de longue durée. Par ailleurs, il est proposé de simplifier, de stabiliser et de rendre plus structurante la fiscalité spécifique au secteur du médicament.

38449

RAPPORT

Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (O.B.I.G.). Vienne. AUT  
Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection du Consommateur. Bruxelles. BEL

***Pharmaceutical pricing and Reimbursement Information (PPRI) report.***

*Rapport du projet PPRI (information sur les prix et remboursements des médicaments).*

Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés Européennes : 2008 : 187p., tabl., ann.

Cote Irdes :En ligne

[http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI\\_Report\\_final.pdf](http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI_Report_final.pdf)

PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) is a research project funded by the European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General (DG SANCO) and the Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth (BMGFJ). The project management is undertaken by the main partner Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen / Austrian Health Institute (GÖG/ÖBIG) and the associated partner World Health Organisation, Regional Office for Europe (WHO Europe). The objective of the PPRI project, which started in April 2005 and ended in October 2007, was to improve information and knowledge on the pharmaceutical systems in the Member States of the enlarged EU. This was mainly achieved by strengthening the network of relevant institutions in the field of pharmaceuticals and by compiling a comparative analysis, based on 21 core indicators for comparing pharmaceutical systems and on country specific reports (PPRI Pharma Profiles). Within its time-frame of two and a half years, PPRI established a network of 52 institutions, mainly competent authorities and third party payers from a total of 31 countries. The PPRI network includes representatives from all 27 EU Member States except Romania, plus Albania, Canada, Norway, Switzerland, and Turkey. Additionally, European and international institutions (European Medicines Agency, OECD, WHO, World Bank) have been involved in the PPRI project. The participating national representatives produced PPRI Pharma Profiles which provide indepth information and data on pharmaceutical pricing and reimbursement in their country. At the end of the PPRI project, more than 20 Pharma Profiles have been finalised, and for the future annual up-dates of the profiles

are planned. The PPRI comparative analysis, which included 27 countries (the so-called "PPRI countries"), confirmed the existence of 27 different pharmaceutical pricing and reimbursement systems in Europe, though some identical key characteristics of pharmaceutical systems can be found in several PPRI countries. For instance, 24 of the 27 PPRI countries control the prices of pharmaceuticals (or of a group of pharmaceuticals, usually reimbursable pharmaceuticals). Pharmacy remuneration is regulated in all PPRI countries, and regulated wholesale mark-up schemes exist in 21 PPRI countries. All PPRI countries have reimbursement lists (national formularies) in place, of which positive lists, including pharmaceuticals that may be prescribed at the expense of a third party payer, are the most widespread (in 25 countries). Some tools have become quite common in recent years. For example, at the end of the PPRI project, 18 of the 27 PPRI countries applied a reference price system, which implies that a maximum reimbursement amount has been defined for groups of interchangeable pharmaceuticals. Additionally, the methodology of external price referencing (international price benchmarking), i.e. comparing to the prices of the same product in other countries, has become a widely-used methodology applied for pricing decisions in 22 PPRI countries. Despite these similarities, each country features a specific pharmaceutical system, with its unique characteristics. PPRI offered the opportunity to learn about the systems of the fellow countries, including their experiences with reform measures. The PPRI participants have shown interest to follow-up with future developments in pharmaceutical pricing and reimbursement, and to devote on filling gaps in data availability and increasing comparability of pharmaceutical expenditure and consumption data. Deliverables produced under the framework of the PPRI project, including the PPRI Pharma Profiles and the PPRI Glossary, are accessible through the PPRI website: <http://ppri.oebig.at/Publications>.

## ▮ Prescription

37902

CHAPITRE

CHEVREUL (K.)

Centre International de Recherche en Economie de la Santé. (C.I.R.E.S.). Saint-Etienne. FRA

***Les facteurs non médicaux de la décision médicale dans le cadre de la prescription***

***des IPP.***

Recherche sur le système de santé : 2005-2007.

Saint-Etienne : EN3S : 2008 : 237283, ann.

Cote Irdes : A3711

La consommation des inhibiteurs de la pompe à protons, apparus parmi les premiers en 1989, a connu une croissance très importante. Le remboursement de cette classe de médicament atteint un milliard d'euros en 2005, ce qui correspond à une augmentation de 75 % depuis 2000. Ces antiulcéreux utilisés en traitement curatif ou préventif des pathologies gastro intestinales en association avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) se sont non seulement substitués à des molécules plus anciennes (protecteurs gastriques), mais leur champ de prescription a été également élargi (Balsan, 2002). Cette étude a donc pour objectif de comprendre dans le cadre des pathologies pour lesquelles il y a une utilisation de ces médicaments, quels sont les facteurs influençant la prescription d'un IPP par rapport aux autres alternatives, soit prescrire un autres protecteur gastrique, soit ne pas prescrire, et quels sont leurs mécanismes ou modes d'action sur la décision médicale.

38356

INTERNET, COMMUNICATION

HUAS (C.), HEBBRECHT (G.), DUHOT (D.), CLERC (P.)

Société Française de Médecine Générale. (S.F.M.G.). Paris. FRA, Université Paris 7. Paris. FRA

***Has antibiotic use decreased in GP in acute bronchitis in France between 2001 and 2004?***

*La prescription par les médecins généralistes d'antibiotiques pour bronchite aiguë a-t-elle diminué en France entre 2001 et 2004 ?*

Wonca Europe. : Paris, 2007/10/18-20

Paris : SFMG : 2007 : 12p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne

Cette communication présentée à Wonca Europe étudie l'évolution de la prescription d'antibiotiques pour bronchite aiguë chez les médecins généralistes à partir de l'échantillon des médecins généralistes de l'OMG. Les résultats obtenus sont les suivants : 85 MG de l'Organisation des Médecins Généralistes (OMG) participant ont réalisé, en 2001, 315 137 consultations au bénéfice de 107 166 patients et, en 2004, 301 926 consultations au bénéfice de 104 912 patients. La part de consultations



présentant un RC « bronchite aigue » a légèrement décré, passant de 1,7% en 2001 à 1,5% en 2004 (5 358 consultations versus 4 519). En 2001 70,3% de ces consultations avaient donné lieu à une prescription d'antibiotique contre 57,1% en 2004 ( $p < 0,0001$ ). Cette diminution est retrouvée dans toutes les tranches d'âge mais n'est significative que pour les 00 – 79 ans. L'analyse par classes ATC montre que les bêtalactamines et les macrolides représentent 93% des prescriptions (23% pour les céphalosporines, 41% pour les pénicillines et 29% pour les macrolides), stables d'une année sur l'autre. Dans le groupe des pénicillines la part des pénicillines associées diminuait de 33,6% à 27,8% ( $p < 0,001$ ), semble-t-il au profit de l'amoxicilline. L'article termine sur cette conclusion Conclusion : une diminution significative de l'antibiothérapie dans les bronchites aiguës est trouvée. Celle-ci n'est pas associée à un déplacement des prescriptions en dehors d'une légère diminution de la part des pénicillines associées.

38414

DOCUMENT TRAVAIL, INTERNET  
GRANLUND (D.)  
Swedish Retail Institute. (H.U.I.). Stockholm.  
SWE

***Does Physicians' Compensation Affect the Probability of their Vetoing Generic Substitution?***

*L'indemnisation des médecins va-t-elle influencer sur la probabilité qu'ils s'opposent à la substitution d'un médicament par son générique ?*

HUI working papers; 14  
Stockholm : HUI : 2008/03 : 22p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.hui.se/LitiumDokument20/GetDocument.asp?archive=3&directory=72&document=992>

Physicians' decisions whether or not to veto generic substitution were analyzed using a sample of 350,000 pharmaceutical prescriptions. Point estimates show that - compared to county-employed physicians on salary - physicians working at private practices were 50-80% more likely to veto substitution. The results indicate that this difference is explained by the difference in direct cost associated with substitution, rather than by private physicians' possibly stronger incentives to please their patients. Also, the probability of a veto was found to increase as patients' copayments decreased. This might indicate moral hazard

in insurance, though other explanations are plausible.

## Publicité

37876

RAPPORT, INTERNET  
United States General Accounting Office.  
(G.A.O.). Washington WA. USA

***Prescription drugs : Trends in FDA's oversight of direct-to-consumer advertising.***

*Prescription des médicaments : le point de vue de la FDA sur la publicité directe aux consommateurs.*

Washington : GAO : 2008 : 19p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.gao.gov/new.items/d08758t.pdf>

Ce rapport analyse, tout d'abord, les dépenses réalisées par l'industrie pharmaceutique américaine dans le domaine de la publicité directe aux consommateurs, en se basant sur des rapports récents issus des entreprises du médicament et d'autres organisations. Il étudie ensuite l'impact de cette promotion directe sur la prescription de médicaments et la consommation pharmaceutique. Il termine sur des propositions de régulation émanant de la Food and Drug Administration (FDA).

## Recherche pharmaceutique

37925

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
PHILIPPEN (S.), VERMEERSCH (A.)  
Tinbergen Institute. Rotterdam. NLD

***Complementaries and the R&D boundaries of the firm : a project level study of the pharmaceutical R&D strategies.***

Rotterdam : Tinbergen Institute : 2008 : 14p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/08022.pdf>

This study analyses 1400 research projects of the top 20 R&D-spending pharmaceuticals to identify the determinants of successful research projects. We provide clear evidence that externally sourced projects and projects involving biotechnologies perform better than internal projects and chemical projects, respectively. Controlling for these effects, we find that big pharma should either build a critical mass of disease area knowledge or di-

verify projects over different DA's in order to obtain higher success probabilities. Projects in which a firm has built a critical mass of disease knowledge (through at least 10 projects per DA) are significantly more likely to reach clinical testing. Moreover, within large disease areas, the success probabilities of internal projects increases when a few (less than 20%) externally sourced projects are involved. We interpret this finding as knowledge spillovers from external to internal projects, as the limited number of external projects enables the same people to be involved in both external and internal research projects and apply externally generated knowledge internally.

## ► Régulation

37948

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
STREMERSCH (S.), LEMMENS (A.)  
Erasmus Research Institute of Management  
(E.R.I.M.). Rotterdam. ND

### **Sales Growth of New Pharmaceuticals Across the Globe: The Role of Regulatory Regimes.**

*Croissance des ventes des nouveaux médicaments dans le monde : le rôle des régimes de régulation.*

ERIM Report Series ; 2008-026

Rotterdam : Erasmus Research Institute of Management : 2008/05 : 44p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/12340/ERS-2008-026-MKT.pdf>

Prior marketing literature has overlooked the role of regulatory regimes in explaining international sales growth of new products. This paper addresses this gap in the context of new pharmaceuticals (15 new molecules in 34 countries) and sheds light on the effect regulatory regimes have on new drug sales across the globe. Based on a time-varying coefficient model, we find that differences in regulation substantially contribute to cross-country variation in sales. One of the regulatory constraints investigated, i.e. manufacturer price controls, has a positive effect on drug sales. The other forms of regulation such as restrictions of physician prescription budgets and the prohibition of direct-to-consumer advertising tend to hurt sales. The effect of manufacturer price controls is similar for newly launched and mature drugs. In contrast, regulations on physician prescription budget and direct-to-consumer advertising have a differential effect for newly

launched and mature drugs. While the former hurts mature drugs more, the latter has a larger effect on newly launched drugs. In addition to these regulatory effects, we find that national culture, economic wealth, introduction timing, lagged sales and competition, also affect drug sales. Our findings may be used as input by managers for international launch and sales decisions. They may also be used by public policy administrators to compare drug sales in their country to other countries and to assess the role of regulatory regimes therein.

38292

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DANZON (P.M.), EPSTEIN (A.J.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

### **Effects of regulation on drug launch and pricing in independent markets.**

*Effets de la régulation sur le lancement et la tarification des médicaments sur les marchés indépendants.*

NBER Working Paper Series ; 14041

Cambridge : NBER : 2008/05 : 22p., tab., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14041.pdf>

This study examines the effect of price regulation and competition on launch timing and pricing of new drugs. Our data cover launch experience in 15 countries for drugs in 12 therapeutic classes that experienced significant innovation over the decade 1992-2003. We use prices of established products as a measure of the direct effect of a country's own regulatory system, and find that launch timing and prices of innovative drugs are influenced by prices of established products. Thus, if price regulation reduces drug prices, it contributes to launch delay in the home country. New drug launch hazards and launch prices in low-price countries are also affected by referencing by other, high-price countries, especially within the EU, as expected if manufacturers delay launch in low-price markets to avoid undermining higher prices in other countries. Thus, referencing policies adopted in high-price countries can impose welfare loss on low-price countries. Prices of new drugs are influenced mainly by prices of other drugs within the same subclass; however, dynamic competition from new subclasses undermines new drug launch in older subclasses. Association with a local firm accelerates launch only in certain regulated markets. These findings have implications for US proposals to constrain pharmaceutical prices

in the US through external referencing and drug importation.

## D THS

38437

RAPPORT, INTERNET  
Centre International de Recherche sur le Cancer. (C.I.R.C.). Lyon. FRA

***Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy.***

*Les contraceptifs oraux associant oestrogène et progestérone et le traitement substitutif de la ménopause associant oestrogène et progestérone.*

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans . 91.

Lyon : CIRC : 2007 : 543p., tabl., index

Cote Irdes : En ligne

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol91/mono91.pdf>

Oral contraceptives for family planning worldwide have revolutionized the reproductive lives of millions of women since their introduction in the 1960s. Later on, a variety of side-effects including cardiovascular diseases was recognized. In response to these concerns, new generations of combined oral contraceptives were developed that featured lower dose of estrogen and newer, more potent progestogens. The effectiveness and ease of use of combined hormonal contraceptives suggest that they will continue to be used to a significant extent in the future. This ninety-first volume of IARC Monographs contains evaluations of the carcinogenic hazard to humans of combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. The hormonal drugs reviewed in this volume involve co-administration of an estrogen and a progestogen. Studies that did not provide information on the use of combined estrogen-progestogen agents are not reviewed. It should also be noted that this volume reviews only studies that are publicly available and therefore does not include pharmaceutical test results that are not in the public domain. The evaluations developed in this volume identify specific forms of cancer for which the risk is increased or decreased by combined estrogen-progestogen contraceptives and provide information that will help address the health concerns and well-being of hundred of millions of women worldwide.

## TECHNOLOGIES MÉDICALES

## D Innovations technologiques

37516

OUVRAGE, INTERNET  
FELIX (B.)  
Eurostat. Luxembourg. LUX

***Science, technology and innovation in Europe.***

*Science, technologie et innovation en Europe.*

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes. : 2008 : 125p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-30-08-148/EN/KS-30-08-148-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-08-148/EN/KS-30-08-148-EN.PDF)

Cette publication présente une vue d'ensemble des activités menées dans l'Union européenne dans le domaine de la science, de la technologie et de l'innovation par les individus, les entreprises et les pouvoirs publics. Elle fournit au lecteur des informations statistiques lui permettant d'appréhender l'évolution et la composition de la science et de la technologie en Europe, ainsi que sa position vis-à-vis de ses partenaires. Le Pocketbook est divisé en sept chapitres: Crédits budgétaires publics alloués à la R&D (CBPRD), Dépenses de R&D, Personnel de R&D, Ressources humaines en Science et Technologie, Innovation, Brevets, Haute-technologie. Quelques informations supplémentaires sur les récentes évolutions positives de la réforme du système européen des brevets y sont également exposées.

## D NTIC

38431

RAPPORT, INTERNET  
GATTAZ (P.) / prés.  
Fédération des industries Electriques, Electroniques et de Communication. (F.I.E.E.C.), Paris. FRA, Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.E.N.E.F.E). Paris. FRA.

***Une stratégie industrielle pour les marchés du futur : la croissance se construit ensemble.***

Paris : FIEEC : 2008 : 113p.+10p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lesiss.org/publications/20080627rapportfieec/Attachment00036491/Rapport%20FIEEC%20-%20partie%201%20-%20num.pdf>

<http://www.lesiss.org/publications/20080627rapportfieec/Attachment00072883/RapportFieecSant%E90608.pdf>

Et si la réponse au marasme de l'économie numérique, entre autres dans le domaine de la santé, venait d'un partenariat entre le public et le privé ? A en juger par la synthèse qu'en fait le site de Lessis, c'est la certitude qui apparaît clairement dans le rapport publié par la puissante Fédération des industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC), qui regroupe près de 2000 entreprises spécialisées. Ce rapport, commandé par le gouvernement et remis le 24 juin à Luc Chatel, ministre délégué à l'Industrie, visait à identifier les vecteurs d'innovation dans le domaine des TIC et de l'électronique. La santé est l'un des trois secteurs d'innovation porteurs identifiés. Focalisés sur les retards de la France, les experts du groupe « Santé » ont mis en évidence la nécessité d'un pilotage commun entre le gouvernement et les industriels. La levée des obstacles juridiques et administratifs qui entravent le développement de la santé à distance constitue également un préalable au développement de ce marché. Enfin, selon les auteurs, une prospérité du marché des TIC de santé est conditionnée à la mise en oeuvre d'une gouvernance interministérielle paritaire public/privé.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### ► Allemagne

37003

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

VARGAS (M.H.), ELHEWAIHI (M.)

#### ***What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany ?***

*Quel est l'impact d'une double couverture maladie sur la demande de soins en Allemagne ?*

Munich : Munich Personal RepEc Archive : 2007/11 : 13p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpr.ub.uni-muenchen.de/6749/1/MPRA\\_paper\\_6749.pdf](http://mpr.ub.uni-muenchen.de/6749/1/MPRA_paper_6749.pdf)

Duplicate coverage involves those individuals who hold public health insurance, and purchase additional private coverage. Using

data from the German Institute for Economic Research, we try to investigate the impact of duplicate coverage on the demand for health-care (measured in number of visits to doctors). Given the simultaneity of the choices to take out additional private health insurance coverage, we estimate a negative binomial model to measure this impact. We also estimate a Full Information Maximum Loglikelihood (FIML), known as Endogenous Switching Poisson Count Model and we compare these results with the standard maximum log likelihood (ML) estimators of the negative binomial model. The Results show that, there is a positive difference on the level of health services demanded when there is a duplicate coverage. We found also that there is evidence to think that in Germany there is a feedback between duplicate coverage and the demand of health services.

37882

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
AUGURZKY (B.), TAUCHMANN (H.)  
Rheinisch-Westfälisches Institut für  
Wirtschaftsforschung. (R.W.I.). Essen. DEU

#### ***Less Social Health Insurance – More Private Supplementary Insurance? – Empirical Evidence from Germany.***

*Moins d'assurance maladie - plus de complémentaire santé privée ? Données empiriques pour Allemagne.*

Essen : RWI : 2008/05 : 19p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://repec.rwi-essen.de/files/REP\\_08\\_046.pdf](http://repec.rwi-essen.de/files/REP_08_046.pdf)

This paper uses individual level data to analyze the effect of changes in the compulsory benefit package of the German statutory health insurance scheme on the demand for private supplementary insurance. In particular, we aim at measuring the effect of excluding dentures from the benefit package in 1997 as well as the effect of re-including them in 1999. A difference-in-differences estimator is used. Individuals born prior to 1979 serve as control group because only the young were affected by the reform. Our results do not exhibit any significant effects on the demand for supplementary health insurance. Thus, the hypothesis that clients do make informed choices about their health insurances' coverage is not supported.

37884

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BRANDT (N.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Paris. FRA

***Moving towards more sustainable healthcare  
in financing in Germany.***

*Pérenniser le financement des dépenses de  
santé en Allemagne.*

Economics Department working papers; 612  
Paris : OCDE : 2008/05 : 28p., tabl., fig  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2008doc.nsf/LinkTo/NT00003192/\\$FILE/JT03245679.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2008doc.nsf/LinkTo/NT00003192/$FILE/JT03245679.PDF)

La réforme récente du secteur de la santé vise à assurer un financement plus viable des dépenses de santé en réduisant leurs effets négatifs sur l'emploi et en améliorant leur efficacité économique grâce à une concurrence accrue. Si l'augmentation prévue des contributions budgétaires se matérialise, elle permettra un certain découplage entre le financement du secteur de la santé et les revenus du travail. Une meilleure répartition des risques entre les assureurs pourrait réduire la tendance à une sélection des risques, si bien que la concurrence pourrait en fait conduire à une plus grande efficacité économique. Cela étant, la segmentation du système de santé dans un marché où cohabitent assurance privée et assurance publique continuera de poser des problèmes d'équité et d'efficacité. Par sa conception même, le nouveau système de financement de l'assurance maladie publique limite et fausse les signaux transmis par les prix ; il faudra donc remédier à ce problème pour permettre à la concurrence de produire les résultats souhaités. Une plus grande liberté des relations contractuelles entre assureurs, prestataires de soins et laboratoires pharmaceutiques permettrait sans doute de tirer un meilleur parti de la concurrence, mais les autorités devront faire preuve de vigilance et adapter les conditions cadres le cas échéant.

## **D Australie**

37392

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SHRIMPTON (B.), MCKIE (J.), HURWORTH  
(R.), BELL (C.), RICHARDSON (J.)  
Monash University. Center for Health  
Economics. Melbourne. AUS

***A focus group study of health care priority***

***setting at the individual patient, program and  
health system levels.***

*Étude d'un groupe de discussion sur la  
définition de priorités des soins de santé au  
niveau du patient, du programme et du système  
de santé.*

Research paper 2007; 16

Melbourne : Monash University : 2007/07 :  
16p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/rp16.pdf>

Faced with an ageing population and newspaper warnings that escalating costs are leading to a health crisis, debate has intensified in Australia and elsewhere on the allocation of limited health resources. But whose values should inform decision-making in the health area, and should the influence of different groups vary with the level of decision-making? These questions were put to 54 members of the public and health professionals in eight focus groups. Unlike previous studies, participants were not asked if particular groups should be involved in decisions but rather through deliberation and discussion nominated their own potential decision makers. This delivered a clear message that participants saw a legitimate role for a broad range of stakeholders in priority setting decisions. The results suggest that qualitative methods of investigation have the potential to improve the legitimacy and accountability of policy decisions by contributing to a better understanding of the values of the public and health professionals.

37466

RAPPORT, INTERNET  
SIMINSKI (P.)  
University of Wollongong. Wollongong. AUS

***The Price Elasticity of Demand for  
Pharmaceuticals amongst High Income  
Older People in Australia: A Natural  
Experiment.***

*L'élasticité-prix de la demande en produits  
pharmaceutiques parmi les personnes âgées  
à hauts revenus en Australie : une expérience  
fondamentale.*

Economics Working Paper Series ; WP 08-02  
Wollongong : University of Wollongong :  
2008 : 50p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.uow.edu.au/content/groups/public/web/@commerce/@econ/documents/web/uow042786.pdf>

This paper estimates the price elasticity of demand for pharmaceuticals amongst high-income older people in Australia. It exploits a natural experiment by which some people gained entitlement to a price reduction through the Commonwealth Seniors Health Card (CSHC). To the author's knowledge, this is the first study of the price elasticity of demand for pharmaceuticals amongst older people that draws on a natural experiment with a control group. The preferred model is a non-linear Instrumental Variable (IV) difference-in-difference regression, estimated on nationally representative repeated cross sectional survey data using the Generalised Method of Moments. No significant evidence is found for endogenous card take-up, and so cross-sectional estimates are also considered. Taking all of the results and possible sources of bias into account, the 'headline' estimate is -0.1, implying that quantity demanded is not highly responsive to price.

37881

DOCUMENT DE TRAVAIL  
LICHTENBERG (F.R.), DUFLOS (G.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Pharmaceutical innovation and the longevity of Australians: a first look.***

*L'innovation pharmaceutique et la longévité des Australiens : un aperçu.*

NBER Working Paper Series ; 14009

Cambridge : NBER : 2008/05 : 23p., tab., graph., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14009>

We examine the impact of pharmaceutical innovation on the longevity of Australians during the period 1995-2003. Due to the government's Pharmaceutical Benefits Scheme, Australia has much better data on drug utilization than most other countries. We find that mean age at death increased more for diseases with larger increases in mean drug vintage. The estimates indicate that increasing the mean vintage of drugs by 5 years would increase mean age at death by almost 11 months. The estimates also indicate that using newer drugs reduced the number of years of potential life lost before the ages of 65 and 70 (but not before age 75). During the period 1995-2003, mean age at death increased by about 2.0 years, from 74.4 to 76.4. The estimates imply that, in the absence of any increase in drug vintage, mean age at death would have increased by only 0.7 years. The increase in drug vintage

accounts for about 65% of the total increase in mean age at death. We obtain a rough estimate of the cost per life-year gained from using newer drugs. Under our assumptions, using newer drugs (increasing drug vintage) increased life expectancy by 1.23 years and increased lifetime drug expenditure by \$12,976; the cost per life-year gained from using newer drugs is \$10,585. An estimate made by other investigators of the value of a statistical Australian life-year (\$70,618) is 6.7 times as large as our estimate of the cost per life-year gained from using newer drugs. We discuss several reasons why our estimate of the cost per life-year gained from using newer drugs could be too high or too low.

37933

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
LU (M.), SAVAGE (E.)

University of Technology. Centre for Health Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

***Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia.***

*Les incitations financières pour la couverture complémentaire privée réduisent-elles la pression sur l'assurance obligatoire publique ? Données de l'Australie.*

Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation : 2006/08 : 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006\\_11.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_11.pdf)

In many developed countries, budgetary pressures have made government investigate private insurance to reduce pressure on their public health system. Between 1997 and 2000 the Australian government implemented a series of reforms intended to increase enrollment in private health insurance and reduce public health care costs. Using the ABS 2001 National Health Survey, we examine the impact of increased insurance coverage on use of the hospital system, in particular on public and private admissions and lengths of stay. We model probability of hospital admission and length of stay for public (Medicare) and private patients. We use Propensity Score Matching to control for selection in the insurance decision and estimate a two-part model for hospital admission and length of stay on the matched sample. Our results indicate that there is selection associated with insurance choice. We also find that unconditional public patient and private patient lengths of stay

in 2001 differ markedly depending on insurance duration. Those with shorter periods of insurance coverage behave more like the uninsured than those insured prior to the insurance incentives. While the insurance incentives substantially increased the proportion of the population with supplementary cover, the impact on use of the public system appears to be quite modest. Increased private usage outweighs reduced public usage and the insurance incentives appear to be an extremely costly way of reducing pressure on the public hospital system.

37934

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SAVAGE (E.), JONES (G.), VON GOOL (K.)  
University of Technology. Centre for Health  
Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

***Out-of-pocket health expenditures in  
Australia: a semi-parametric analysis.***

*Le reste à charge dans les dépenses de santé  
en Australie : une analyse semi-paramétrique.*

Sydney : Centre for Health Economics  
Research and Evaluation : 2007/05 : 27p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006\\_15.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_15.pdf)

Out-of-pocket health expenditures in Australia are high in international comparisons and have been growing at a faster rate than most other health costs in recent years. This raises concerns about the extent to which out-of-pocket costs have constrained access to health services for low income households. Using data from the ABS Household Expenditure Survey 2003-04, we model the relationships between health expenditure shares and equivalised total expenditure for categories of out-of-pocket health expenditures and analyse the extent of protection given by concession cards. To allow for flexibility in the relationship we adopt a semi-parametric estimation technique following Yatchew (1997). We find mixed evidence for the protection health concession cards give against high out-of-pocket health expenditures. Despite higher levels of subsidy, households with concession cards have higher total health expenditure shares than other households. Surprisingly, the major drivers of the difference are not categories of expenditure where cards offer little or no protection, such as dental services and non-prescription medicines, but prescriptions costs, where concession cards guarantee a subsidy, and specialist consultations, where bulk billing rates would

be expected to be higher for cardholders. This is the first detailed distributional analysis of household health expenditures in Australia.

37936

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DOIRON (D.), JONES (G.), SAVAGE (E.)  
University of Technology. Centre for Health  
Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

***Healthy, wealthy and insured? The role  
of self-assessed health in the demand for  
private health insurance.***

*Être en bonne santé, riche et assuré ? Le  
rôle de la santé perçue dans la demande  
d'assurance maladie privée.*

Sydney : Centre for Health Economics  
Research and Evaluation : 2006/05 : 30p.,  
tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006\\_2.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_2.pdf)

Both adverse selection and moral hazard models predict a positive relationship between risk and insurance; yet the most common finding in empirical studies of insurance is that of a negative correlation. In this paper we investigate the relationship between ex ante risk and private health insurance using data from the 2001 Australian National Health Survey (NHS). The Australian health system provides a setting where the relationship between risk and insurance is more transparent than many other institutional frameworks; private health insurance is not tied to employment; community rating limits the actions of insurers; and private coverage is high for a country providing free public hospital treatment. We find a strong positive association between self-assessed health and private health cover. We use the detailed information available in the NHS to investigate whether we can identify factors responsible for the negative correlation between risk (lower SAHS) and insurance cover. However this relationship persists despite the inclusion of a large set of controls for personal and socio-economic characteristics, risk-related behaviours, objective health measures and an index of mental health. The opposite effect of self-assessed health and long-term conditions on coverage suggests that SAHS is capturing factors such as personality or risk preferences.

38441

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BUCHMUELLER (T.), FIEBIG (D.)  
University of Technology. Centre for Health  
Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

***Advantageous selection in private health insurance: The case of Australia***

*La sélection avantageuse dans l'assurance privée : le cas de l'Australie.*

Sydney : Centre for Health Economics  
Research and Evaluation : 2008/05 : 35p.,  
5 fig., 7 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008\\_2.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008_2.pdf)

When consumers have private information about risk of suffering a loss, or equivalently, if insurers are prohibited from using observable information on risk in underwriting, theoretical models of insurance predict adverse selection. Yet the most common finding in empirical studies is that of no positive correlation between risk and insurance coverage. This is found for different types of insurance (e.g. car, health, life) and in different countries (e.g. France, US, UK, Israel) suggesting a fundamental relationship involving private information and consumer preferences. In this paper, we investigate the nature of risk selection in the Australian market for private health insurance in which community rated private health insurance complements a universal public health care system. We use National Health Survey data on hospital utilisation and individual characteristics to construct an empirical analogue for the risk variable in the Rothschild and Stiglitz model. Estimating the relationship between insurance and risk semi-parametrically, we find robust evidence of favourable selection. To explore the extent to which underlying risk preferences rather than risk drives the decision to purchase health insurance, we use Household Expenditure Survey data to model decisions to purchase a range of insurance products (health, life, accident, home, car) and to engage in risky behaviours (smoking and various forms of gambling). Correlations between residuals in the model suggest that advantageous selection is driven by risk aversion, which theoretical models do not typically capture.

## ► Belgique

36924

RAPPORT, INTERNET  
ROBERFROID (D.), STORDEUR (S.),  
CAMBERLIN (C.), VAN DE VOORDE (C.),  
VRIJENS (F.), LÉONARD (C.)  
Belgian Health Care Knowledge Centre.  
(K.C.E.). Belgique. BEL

***L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis.***

Bruxelles : KCE : 2007 : 2 vol.(137; 223p.),  
fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=997>

La planification de l'offre médicale consiste à évaluer les effectifs de médecins nécessaires pour couvrir les besoins en soins et à développer les stratégies permettant de répondre à ces besoins. Une offre médicale trop abondante peut induire une augmentation de la demande en soins et engendrer une augmentation des coûts des soins de santé tandis qu'une offre insuffisante peut mener à des besoins en soins non couverts. Les deux situations sont susceptibles d'altérer la qualité des soins délivrés. L'objectif est donc de s'assurer que les praticiens ayant les compétences requises soient affectés au bon endroit et au bon moment. Les stratégies et moyens utilisés pour atteindre un tel objectif sont cependant loin d'être simples, des facteurs sociétaux et institutionnels influençant directement ou non la force de travail dans le secteur de la santé. Réguler l'offre médicale est une tâche complexe, comme l'illustrent les variations de l'offre médicale, tantôt excédentaire tantôt insuffisante, dans des pays tels que les Pays-Bas, la France et l'Australie. Par conséquent, l'objectif de ce projet est de fournir une vue d'ensemble de la situation actuelle, des pratiques et des difficultés rencontrées dans l'exercice de la planification des effectifs médicaux en Belgique. Le chapitre 2 présente une analyse approfondie des effectifs de médecins en Belgique et des initiatives mises en œuvre pour les réguler. Dans le chapitre 3, sur base d'une revue de la littérature internationale et de l'analyse des données belges, nous étudions le phénomène de la demande induite par l'offre, argument généralement avancé pour limiter le nombre de médecins. Dans le chapitre 4, nous révisons de façon critique la disponibilité et la validité des modèles prévisionnels de l'offre médicale. Le chapitre 5 compare la planification de l'offre médicale en Belgique aux politiques et pratiques mises en œuvre dans un certain nombre de pays (France, Pays-



Bas, Allemagne, Autriche et Australie). Enfin, le chapitre 6 propose des recommandations pour la planification de l'offre médicale en Belgique.

37541

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SCHOKKAERT (E.), VAN OURTI (T.), DE  
GRAEVE (D.), LECLUYSE (A.), VAN DE  
VOORDE (C.)

Catholic University of Leuven. Center for  
Economic Studies. Leuven. BEL

**Supplemental health insurance and equality  
of access in Belgium.**

*Assurance maladie complémentaire et égalité  
d'accès aux soins en Belgique.*

Discussion Paper 07.29

Lewen : Catholic University of Leuven :  
2007/08 : 39p., tabl

Cote Irdes : En ligne

[http://www.econ.kuleuven.be/fetew/pdf\\_](http://www.econ.kuleuven.be/fetew/pdf_publicaties/10461.pdf)  
[publicaties/10461.pdf](http://www.econ.kuleuven.be/fetew/pdf_publicaties/10461.pdf)

It has been suggested that the unequal coverage of different socio-economic groups by supplemental insurance could be a partial explanation for the inequality in access to health care in many countries. We analyse the situation in Belgium, a country with a very broad coverage in compulsory social health insurance and where supplemental insurance mainly refers to extra-billing in hospitals. We find that this institutional background is crucial for the explanation of the effects of supplemental insurance. We find no evidence of adverse selection in the coverage of supplemental health insurance, but strong effects of socio-economic background. A count model for hospital care shows that supplemental insurance has no significant effect on the number of spells, but a negative effect on the number of nights. This is in line with patterns of socio-economic stratification that have been well documented for Belgium. It is also in line with the regulation on extra-billing protecting patients in common rooms. For ambulatory care, we find a positive effect of supplemental insurance on visits to a dentist and on number of spells at a day centre but no effect on visits to a GP, on drugs consumption and on visits to a specialist.

37621

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SCHAUMANS (C.)

Catholic University of Leuven. Center for  
Economic Studies. Leuven. BEL

**Supplier Inducement in the Belgian Primary  
Care Market.**

*Induction par l'offre sur le marché belge des  
soins primaires.*

Discussion Paper 07.18

Lewen : Catholic University of Leuven :  
2007/07 : 39p., tabl, fig., cartes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.econ.kuleuven.be/eng/ew/](http://www.econ.kuleuven.be/eng/ew/discussionpapers/Dps07/Dps0718.pdf)  
[discussionpapers/Dps07/Dps0718.pdf](http://www.econ.kuleuven.be/eng/ew/discussionpapers/Dps07/Dps0718.pdf)

We address the presence of supplier-induced demand in the Belgian primary care market, which is characterized by a fixed fee system and a high density of General Practitioners (GP). Using a unique dataset on the number of visits of all Belgian GPs, we first investigate whether we can find evidence of demand inducement by Belgian GPs. Novel to this literature is that we furthermore investigate which type of visits GPs typically use for inducing demand. We extend the theoretical framework of Carlsen and Grytten (1998) to allow for a limitation in the possibility of inducing demand due to the amount of information in the market. As a result, our model predicts GPs to induce demand when the level of competition becomes high, while a further increase of competition triggers a decrease in their inducing behavior. The results indicate the presence of both availability effects and supplier inducement in the Belgian primary care market. We also find that GPs prefer the use of home visits during working hours to induce demand for their services. However, when competition gets fierce, they substitute toward inducement through office visits.

## Canada

37507

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GLIED (S.A.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Universal public health insurance and private coverage: externalities in health care consumption.***

*Couverture maladie universelle et assurance privée : externalités de la consommation médicale.*

NBER Working Paper Series ; n° 13885  
Cambridge : NBER : 2008/03 : 25p.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13885>

Inequality in access to health care services, through private purchase, appears to pose policy challenges greater than inequality in other spheres. This paper explores how inequality in access to health care services relates to social welfare. I examine the sources of private demand for health insurance and the ramifications of this demand for health, for patterns for government spending on health care services, and for individual and social well-being. Finally, I evaluate the implications of a health tax as a response to the externalities of health service consumption, and provide a rough measure of the tax in the context of the Canadian publicly-financed health care system.

37577

RAPPORT, INTERNET  
Canadian Institute for Health Information.  
(C.I.H.I.). Ottawa. CAN

***Physicians in Canada: Fee-for-Service Utilization, 2005–2006.***

*Les médecins au Canada : Utilisation des services rémunérés à l'acte, 2005-2006*

Ottawa : CIHI : 2008 : 165p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Phys\\_feeforservice\\_05\\_06\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Phys_feeforservice_05_06_e.pdf)

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Phys\\_feeforservice\\_05\\_06\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Phys_feeforservice_05_06_f.pdf)

Ce rapport contient des tableaux sur le nombre de services, les montants en dollars et le coût par service des services rémunérés à l'acte remboursés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les catégories du système de groupement national représentent 120 ca-

tégories fondées sur les interventions qui permettent la normalisation des codes de tarif provenant des tarifs d'honoraires des provinces et permettent la comparaison internationale des services médicaux. Les chiffres sont présentés selon la province et la spécialité.

38279

RAPPORT, INTERNET  
BUTLER-JOHNS (D.)  
Agence de la santé publique du Canada.  
Administrateur en chef de la santé publique.  
(A.C.S.P.). Ottawa. CAN.

***Rapport sur l'état de la Santé Publique au Canada***

Ottawa : Administrateur en chef de la Santé Publique : 2008 : 108p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf>

Le présent document est le premier rapport annuel présenté aux Canadiens par l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Il examine l'optique adoptée en la matière, la santé globale des Canadiens, les écarts observés au sein de la population et les facteurs qui contribuent aux inégalités. De nombreux efforts sont accomplis à divers niveaux, dans l'ensemble du Canada, pour réduire ces inégalités. Il s'agit notamment d'interventions fructueuses qui aideront sans doute à combler les écarts et à améliorer la qualité de vie grâce à une compréhension, à une collaboration et à une action collective accrues.

## Espagne

37954

DOCUMENT DE TRAVAIL  
COSTA-FONT (J.), GIL (J.)  
London School of Health Economics.  
(L.S.E.). Londres. GBR

***Exploring the Pathways of Inequality in Health, Access and Financing in Decentralised Spain.***

*Explorer les voies des inégalités de santé, d'accès aux soins et de financement dans l'Espagne décentralisée.*

Working Paper No: 9/2007

Londres : LSE : 2008/05 : 34p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP9.pdf>

The extent to which equality in accessing and financing health care reduces inequalities in health is a key policy question for health-care reform. Cross-country studies, when they exist, suffer from marked comparability limitations due to data heterogeneity and differences between organisational and financing systems. The Spanish devolved national health system offers a unique field for exploring these issues, and also for testing the effects of institutional reform, in the context of political decentralisation. This study uses data from 2001, the last year before decentralisation was extended to all regional governments or Autonomous Communities (ACs) in Spain. This Working Paper contributes to the literature by examining two questions. First, we evaluate the heterogeneity within regional inequalities in health, health-care access and health financing and examine whether these are associated with the political decentralisation of health care responsibilities. Second, we explore whether inequalities in health care between regional health services can be explained by inequalities in health-care use and health-care financing, using cross-correlation analysis along with other relevant variables. The results of the study suggest that inequalities in health are not associated with the regional uptake of health-care responsibilities. Instead they appear to be driven by income inequalities and regional health care capacity whilst the influence of inequalities in health-care use depends on quality of life adjustments.

## ► Estonie

37837

RAPPORT, INTERNET  
MAYNARD (A.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Danemark.  
DNK

***Payment for Performance (P4P):  
International experience and a cautionary  
proposal for Estonia.***

*Paiement pour la performance (P4P) :  
expérience internationale et proposition de mise  
en garde pour l'Estonie.*

Health Financing Policy Paper, Division of  
Country Health Systems.

Danemark : OMS, Bureau régional de  
l'Europe : 2008 : 36p., tabl., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.euro.who.int/Document/HSF/P4P\\_Estonia.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HSF/P4P_Estonia.pdf)

Some health systems in Europe use financial incentives for hospitals and specialist physicians linked to process and outcome indicators of performance in an attempt to improve health gain. This is called paying for performance (P4P). Can Estonia's health system reward value for money and improved quality in hospital and other specialized care and, if so, how? These questions are discussed in this WHO report.

## ► États-Unis

36479

DOCUMENT DE TRAVAIL

JUNG (J.), TRAN (C.)

Center for Applied Economics and Policy  
Research. (C.A.E.P.R.). Bloomington. USA

***The macroeconomics of health savings  
accounts.***

*Macroéconomie des plans d'épargne de santé.*

CAEPR Working Paper; 2007-023

Bloomington : C.A.E.P.R. : 2007 : 48p., tabl.,  
fig.

Cote Irdes : B6274

We analyze whether a consumer driven health care plan like the newly established Health Savings Accounts (HSAs) can reduce health care expenditures in the United States and increase the fraction of the population with health insurance. We use an overlapping generations model with health uncertainty and endogenous health care spending. Agents can choose between a low deductible- and a high deductible health insurance. If agents choose to purchase the high deductible health insurance, they are allowed to contribute tax free to an HSA. We examine the steady state effects of introducing HSAs into a system with private health insurance for young agents and Medicare for old agents. Since the model is a general equilibrium model, we fully account for feedback effects from both, factor markets and insurance markets. Our results from numerical simulations indicate that HSAs can decrease total health expenditures by up to 3% of GDP but increase the number of uninsured individuals by almost 5%. Furthermore, HSAs decrease the aggregate level of health capital and therefore decrease output. We also address possible extensions of the HSA reform that include the eligibility to pay health insurance premiums with HSA funds, the full privatization of Medicaid via HSAs, and Medicare for workers.

36980

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CARD (D.), DOBKIN (C.), MAESTAS (N.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Does Medicare save lives ?***

*Le Medicare sauve-t-il des vies ?*

NBER Working Paper Series ; n° 13668  
Cambridge : NBER : 2007/11 : 33p.,fig.+  
annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13668>

The health insurance characteristics of the population changes sharply at age 65 as most people become eligible for Medicare. But do these changes matter for health? We address this question using data on over 400,000 hospital admissions for people who are admitted through the emergency room for «non-deferrible» conditions - diagnoses with the same daily admission rates on weekends and weekdays. Among this subset of patients there is no discernible rise in the number of admissions at age 65, suggesting that the severity of illness is similar for patients on either side of the Medicare threshold. The insurance characteristics of the two groups are much different, however, with a large jump at 65 in the fraction who have Medicare as their primary insurer, and a reduction in the fraction with no coverage. These changes are associated with significant increases in hospital list chargers, in the number of procedures performed in hospital, and in the rate that patients are transferred to other care units in the hospital. We estimate a nearly 1 percentage point drop in 7-day mortality for patients at age 65, implying that Medicare eligibility reduces the death rate of this severely ill patient group by 20 percent. The mortality gap persists for at least two years following the initial hospital admission.

37268

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GRUBER (J.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Covering the uninsured in the U.S.***

*Proposer une couverture maladie aux  
personnes non assurées aux Etats-Unis*

NBER Working Paper Series ; n° 13758  
Cambridge : NBER : 2008/01 : (70p.), tabl.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13758>

One of the major social policy issues facing the U.S. in the first decade of the 21st century is the large number of Americans lacking health insurance. This article surveys the major economic issues around covering the uninsured. I review the facts on insurance coverage and the nature of the uninsured; focus on explanations for why the U.S. has such a large, and growing, uninsured population; and discuss why we should care if individuals are uninsured. I then focus on policy options to address the problem of the uninsured, beginning with a discussion of the key issues and available evidence, and then turning to estimates from a micro-simulation model of the impact of alternative interventions to increase insurance coverage

37274

DOCUMENT DE TRAVAIL  
COGAN (F.), HUBBARD (R.G.), KESSLER  
(D.P.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The effect of tax preferences on health care spending.***

*L'effet des allègements de taxes sur les  
dépenses de santé.*

NBER Working Paper Series ; n° 13767  
Cambridge : NBER : 2008/01 : 29p., tabl.  
Cote Irdes : P193

In this paper, we estimate the effect of the tax preference for insurance on health spending based on the Medical Expenditure Panel Surveys from 1996-2005. We use the fact that Social Security taxes are only levied on earnings below a statutory threshold to identify the tax preference's impact. Because employer-sponsored health insurance premiums are excluded from Social Security payroll taxes, workers who earn just below the Social Security tax threshold receive a larger tax preference for health insurance than workers who earn just above it. We find a significant effect of the tax preference, consistent with previous research.

37284

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
FRENCH (S.), BAILEY JOHNS (J.)  
Michigan Retirement Research Center  
(M.R.R.C.). Ann Arbor. USA

***The Effects of Health Insurance and Self-Insurance on Retirement Behavior***

*Les effets de l'assurance maladie et de l'assurance volontaire sur les comportements à la retraite.*

Working Paper; wp 2007-170

Ann Arbor : Michigan Retirement Research Center : 2007/10 : 82p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/Papers/pdf/wp170.pdf>

This paper provides an empirical analysis of the effect of employer-provided health insurance and Medicare in determining retirement behavior. Using data from the Health and Retirement Study, we estimate the first dynamic programming model of retirement that accounts for both saving and uncertain medical expenses. Our results suggest that uncertainty and saving are both important. We find that workers value health insurance well in excess of its actuarial cost, and that access to health insurance has a significant effect on retirement behavior, which is consistent with the empirical evidence. As a result, shifting the Medicare eligibility age to 67 would cause a significant retirement delay-as large as the delay from shifting the Social Security normal retirement age from 65 to 67.

37534

RAPPORT, INTERNET  
US Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. (A.H.R.Q.). Rockville. USA

***National Healthcare Disparities Report, 2007.***

*Rapport national 2007 sur les disparités en matière de santé.*

Rockville : AHRQ : 2007 : 244p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ahrq.gov/qual/nhdr07/nhdr07.pdf>

This fifth report attempts to answer the following question: Are we getting better at addressing disparities in the quality of and access to health care for priority populations in America? To do this, the report examines a set of 42 measures of quality and 8 measures of access. For each measure, the 2007 NHDR attempts to present a snapshot of the gaps

between each racial, ethnic, and socioeconomic priority group and a comparison group. More importantly, where gaps exist, this report attempts to systematically discuss whether these gaps are getting bigger or smaller.

37538

RAPPORT, INTERNET  
EIBNER (C.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

***The Economic Burden of Providing Health Insurance. How Much Worse Off Are Small Firms ?***

*Le poids économique lié au financement d'une couverture maladie. À quel point les petites entreprises sont-elles désavantagées ?.*

Technical Report; n° 559

Santa Monica : Rand corporation : 2008 : 62p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://rand.org/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR559.pdf](http://rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR559.pdf)

More than 60 percent of nonelderly Americans receive health-insurance (HI) coverage through employers, either as policyholders or as dependents. However, rising health-care costs are leading many to question the long-term viability of the employer-based insurance system. Concerns about the economic burden of providing HI are particularly acute for small businesses, which are both less likely than larger firms to offer HI and more sensitive to price when deciding to offer insurance. Small firms may have difficulty containing costs due to their limited bargaining power and their inability to hire experts skilled in negotiating with insurance companies. Further, while few recent studies have systematically explored differences in the quality of HI plans that small and large firms offer, small firms may offer health plans of lower quality. To better understand these issues, researchers from the Kauffman-RAND Institute for Entrepreneurship Public Policy (KRI) explored trends in the economic burden associated with HI provision, as well as the distribution of this burden, for small and large businesses. They also considered the quality of plans that small and large firms offer.

37878

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DI NOVI (C.)

Universita' del Piemonte Orientale.  
Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte  
Collettive. (P.O.L.I.S.). Alessandria. ITA

***Adverse selection in the U.S. health  
insurance markets: Evidence from the MEPS  
(Medical Expenditure Panel Survey).***

*La sélection adverse dans le marché de  
l'assurance maladie aux Etats-Unis : évidence  
basée sur le MEPS (Enquête Panel sur les  
dépenses de santé).*

Polis Working paper ; 113

Alessandria : Universita' del Piemonte  
Orientale : 2008/04 : 38p., 8 tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/>

[n?u=RePEc:uca:ucapdv:103&r=hea](http://d.repec.org/n?u=RePEc:uca:ucapdv:103&r=hea)

We use the 2003/2004 Medical Expenditure Panel Survey in conjunction with the 2002 National Health Interview Survey to test for adverse selection in the U.S. private health insurance market. The key idea is to test whether the individuals who are more exposed to health risks also buy insurance contracts with more coverage or higher expected payments. The critical statistical problem is that the extension of insurance is only measured for those who are insured and face positive health care expenditure. So there is a possible sample selection bias effect. The procedure used is based on a method suggested by Wooldridge (1995). The method also accounts for heterogeneity across individuals. The simultaneous account taken of both possible sources of bias is new for this kind of application.

38260

CHAPITRE

BLOOM (D.E.), CANNING (D.), MOORE (M.)  
CLARK (R.) / éd., OGAWA (N.) / éd., MASON  
(A.) / éd.

***The effects of subjective survival  
probabilities on retirement and health in the  
United States.***

*Les effets de la probabilité subjective de survie  
sur la retraite et la santé aux Etats-Unis.*

Population aging, intergenerational transfers  
and the macroeconomy.

Cheltenham : Edward Elgar Publishing :  
2007 : 67-97., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3731

[http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry\\_Main.lasso?id=12608](http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=12608)

A partir de différentes enquêtes sur la santé et la retraite, ce chapitre étudie les effets de la longévité sur la retraite, la santé et la richesse en Europe et aux Etats-Unis selon plusieurs déterminants socio-démographiques et socio-culturels.

38300

RAPPORT, INTERNET

Institute of Medicine. (I.O.M.). Washington  
DC. USA

Commonwealth Fund. New York NY. USA,  
John A. Hartford Foundation. New York NY.  
USA

***Retooling for an Aging America : Building  
the health care workforce.***

*Réorganiser pour une Amérique vieillissante :  
reconstruire les ressources humaines dans le  
domaine de la santé.*

New York : The Commonwealth Fund ; New  
York : Institute of Medicine : 2008 : 312p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/  
Tollen\\_physician\\_org\\_quality\\_efficiency\\_1121.  
pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Tollen_physician_org_quality_efficiency_1121.pdf?section=4039)

Between 2005 and 2030, the number of adults ages 65 and older will almost double—from 37 million to more than 70 million—bringing accelerating demands on the U.S. health care system. Older Americans use considerably more health care services than do younger Americans, and their health care needs are often complex. According to a new report from the Institute of Medicine, *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*, our current health care system is ill-equipped to deal with this pending crisis. After exploring the demographics, health status, and long-term needs of this population, and the challenges in caring for it, this report makes recommendations in three essential areas: enhancing the competence of all individuals—including professionals, direct-care workers, and informal caregivers—involved in the delivery of geriatric care; increasing the recruitment and retention of geriatric specialists and caregivers; and redesigning models of care and broadening provider and patient roles to achieve greater flexibility.

38447

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MEARA (E.), ROSENTHAL (M.), SUMAIKO  
(A.), BAICKER (K.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***State and Federal Approaches to Health Reform: What Works for the Working Poor?***

*Approches nationale et fédérale sur la réforme de santé : qu'est-ce qui oeuvre pour le bénéfice des travailleurs pauvres ?*

NBER Working Paper Series ; 14125

Cambridge : NBER : 2008/06 : 28p., tab., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14125.pdf>

This working paper compares and contrasts the labor market and distributional impact of three common approaches to state and federal health insurance expansion: public insurance expansions, refundable tax credits for low income people, and employer and individual mandates. It draw on existing estimates from the literature and individual-level data on the non-institutionalized population aged 64 and younger from the 2005 Current Population Survey to estimate how each approach affects (1) the number of people insured; (2) private and public health spending; (3) employment and wages; and (4) the distribution of subsidies across families based on income in relation to the federal poverty level and work status of adult family members. Employer mandates expand coverage to the largest number of previously insured relative to public insurance expansions and individual tax credits, but with potentially negative labor market consequences. Medicaid expansions could achieve moderate reductions in the share of the uninsured with neutral labor market consequences, and by definition, they expand coverage to the poorest groups regardless of work status. Tax credits extend coverage to relatively few uninsured, but with neutral effects on the labor market. Both Medicaid expansions and tax credits offer moderate redistribution to previously insured individuals who are poor or near-poor. None of the three policies significantly expand insurance coverage among poor working families. Its findings suggest that no single approach helps the working poor in exactly the ways policy makers might hope. To the extent that states are motivated to help the uninsured in poor working families, health reforms must find ways to include those unlikely to take up optional policies, and states must address the challenge of the many uninsured likely to be excluded from policies based on

part-time work status, firm size, or immigration status.

38448

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
POMPEU PARETO (M.)  
Boston University. Department of Economics.  
Boston MA. USA  
University of Munich. Munich. DEU

***The Health Care Crisis in the United States: The Issues and Proposed Solutions by the 2008 Presidential Candidates.***

*La crise du système de santé aux Etats-Unis : les solutions proposées par les candidats aux présidentielles de 2008.*

Münich Personal Repec Archive (MPRA)  
Paper ; 8293.

Münich : University of Munich, Munich  
Personal RePEc Archive : 2008/06 : 15p.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpa.ub.uni-muenchen.de/9293/1/MPRA\\_paper\\_9293.pdf](http://mpa.ub.uni-muenchen.de/9293/1/MPRA_paper_9293.pdf)

The United States has state of the art technology and world renowned expertise in medical treatment, yet in terms of healthcare it shows a dramatically poor performance in relation to the other industrialized countries. This situation is surprising, since one would expect that a free market system run almost entirely by the private sector should show a much better performance. This issue has reached the point of being one of the most important national concerns and the subject of serious political and economic arguments - not only regarding how the system should be improved, but also whether it should remain being run by the private sector under a free market approach or whether it should be run by the government and made accessible to the entire population. The first option is supported by the arguments that public initiatives often perform poorly and that free-market competition should prevail. Contrarily, the other side claims that the system is only nominally a free market, that empirical evidence shows it's not working as it should, and that other successful healthcare systems are mostly government operated. As is stands, the health care issue acquired national importance and is presented as a major component of both presidential candidates programs, yet each favoring a different approach to improve accessibility and lower healthcare costs. Republican Senator McCain relies on improving the system by maintaining its current private enterprise, free market characteristics, while Democratic Senator Barack Obama favours providing universal coverage and lower costs

through a higher government intervention in the system. This paper examines the approaches proposed by both candidates and analyses the potential impact their plans may have on the health care system. While the lack of more detailed implementation details makes difficult accessing the effective result of each policy, the comparative review of the alternative approaches presented in this paper will help the reader to judge for him or herself which could be the more appropriate to upgrade the system and attain a higher performance level.

38470

FASCICULE

LYNCH (M.), HERNANDEZ (M.), ESTES (C.), DOBELL (L.G.), NEWCOMER (R.J.), ROZARIO (P.A.), PALLEY (E.), FOREST (P.G.), GAUMER (B.), FLEURY (M.J.), HYDE (C.A.), GROGAN (C.M.), GUSMANO (M.K.) HOWARD (A.P.) / préf.

***Programmes et politiques communautaires : contributions au développement de la politique sociale.***

SOCIAL WORK IN PUBLIC HEALTH

2008 ; vol. 23 : n° 4 : 156p.

Cote Irdes : A3745

[http://www.routledgenursing.com/books/Community-Based-Programs-and-Policies-  
isbn9780789038333](http://www.routledgenursing.com/books/Community-Based-Programs-and-Policies-isbn9780789038333)

This collection is focused on the provision of community-based programs and activities in health and related long-term care services that have contributed, or may in the future contribute, to social policy development. Several of the articles in this collection deal with community-based health and long-term care program and policy initiatives that have been facilitated through federal programs such as Medicare, Medicaid and the Older Americans Act. The implementation of some of these community-based programs have significantly influenced social policy thinking regarding the beneficial effects of integrating medical and social aspects of health and long-term care services, as well as the health care team approach to the delivery of health and long-term care services. Another dimension addressed is the impact of interest groups, such as family caregivers, in advancing social policy that supports the efforts of community-based family care givers in providing services to patients in need. The underlying theme is how such local community programs have contributed in a variety of ways to the development of social policies at the community level that in many

ways focus on the integration of health and related long-term care services and a health care team approach to the provision of such services. The book will be of interest to community development courses in Schools of Social Work and other health professions such as Nursing and Public Health. It will also be of interest to health policy programs in public administration and other social sciences. This book was published as a special issue of Social Work in Public Health

## ► Europe

37356

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
VAN KIPPERLUIS (H.), VAN OURTI (T.), O'DONNELL (O.), VAN DOORSLAER (E.)  
Tinbergen Institute. Amsterdam. NLD

***Health and Income across the Life Cycle and Generations in Europe.***

*Etat de santé et revenus au cours de la vie et entre les générations en Europe.*

Amsterdam ; Tinbergen Institute : 2008 :  
35p., tabl., fig.

Tinbergen Institute discussion paper; 2008-  
009/3

Cote irdes : En ligne

<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/08009.pdf>

An age-cohort decomposition applied to panel data identifies how the mean, overall inequality and income-related inequality of self-assessed health evolve over the life cycle and differ across generations in 11 EU countries. There is a moderate and steady decline in mean health until the age of 70 or so and a steep acceleration in the rate of health deterioration beyond that age. In southern European countries and in Ireland, which have experienced the greatest changes in economic and social development, the average health of younger generations is significantly better than that of older generations. This is not observed in the northern European countries. In almost all countries, health is more dispersed among older generations indicating that Europe has experienced a reduction in overall health inequality over time. Although there is no consistent evidence that health inequality increases as a given cohort ages, this is true in the three largest countries – Britain, France and Germany. In the former two countries and the Netherlands, at least for males, the income gradient in health peaks around retirement age, as has been found for the US, but this pattern is not observed in the other coun-



tries. In most European countries, unlike the US, there is no evidence that income-related health inequality is greater among younger than older generations.

## ► Finlande

36963

RAPPORT, INTERNET  
Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki.  
FIN

### ***Characteristics of the Social Security System in Finland.***

*Les caractéristiques du système de sécurité sociale en Finlande.*

Helsinki : Ministry of social affairs and health :  
2007 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/11/aa1197637712844/passthru.pdf>

The Ministry of Social Affairs and Health has published this brochure about the social security system in Finland. The Finnish social security system consists of benefits based on residence and employment. All persons permanently resident in Finland are covered for pensions, healthcare services and health insurance, parental allowances and family benefits. Further conditions are attached to the award of some benefits to persons resident in the country, relating mainly to duration of residence. The earnings-related pension scheme and accident and occupational disease insurance are areas of social security based exclusively on employment.

37944

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
HAKKINEN (U.), MARTIKAINEN (P.), NORO (A.), NIHTILA (E.), PELTOLA (M.)  
Stakes. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki. FIN

### ***Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland***

*Age, dépense de santé, fin de vie et revenus en Finlande.*

Discussion Papers; 1/2007

Helsinki : STAKES : 2007 : 27p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/papers/DP1-2007-VERKKO.pdf>

The study revisited the debate on the 'red herring' i.e. the claim that population aging will not have a significant impact on health care expenditure (HCE), using a Finnish data set. We decompose HCE into several components and include both survivors and deceased individuals into the analyses. We also compare the predictions of health expenditure based on a model that takes into account the proximity of death with the predictions of a naive model, which includes only age and gender and their interactions. We extend our analysis to include income as an explanatory variable. According to our results, total expenditure on health care and care of elderly people increases with age but the relationship is not as clear as is usually assumed when a naive model is used in health expenditure projections. Among individuals not in long-term care we found a clear positive relationship between expenditure and age only for health centre and psychiatric inpatient care. In somatic care and prescribed drugs, the expenditure clearly decreased with age among deceased individuals. Our results emphasize that even in the future, health care expenditure might be driven more by changes in the propensity to move into long-term care and medical technology than age and gender alone as often claimed in public discussion. Thus the future expenditure is more likely to be determined by health policy actions than inevitable trends in the demographic composition of the population.

38371

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
KAJANTIE (M.)  
Stakes. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki. FIN

### ***Examining Equity in Access to Health Care Using Register Data, Pathways to Coronary Revascularisations in Finland 1995-1998.***

*L'examen de l'équité dans l'accès aux soins de santé par l'utilisation des données de registres : les revascularisations coronaires en Finlande 1995-1998.*

Discussion Papers; 4/2007

Helsinki : STAKES : 2007 : 48p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/papers/DP4-2007-VERKKO.pdf>

Administrative registers provide an inexhaustible source of information being beneficially exploited as a growing trend by social researchers. Register-based research differs in some ways from the traditional ways of carrying out research. The purpose of this study

was to examine the possibilities that register data provide for equity in health care research, and to illustrate how the project can be conducted in practice. The process of register-based research was examined through actual research data. Study data was a part of the STAKES research data originally collected to identify the coronary heart disease population and to examine differences in the treatment of the disease in Finland in 1995-1998. Originally compiled for other purposes, register data were reworked into a retrospective cohort study setting. The purpose was to examine possible socioeconomic differences in treatment histories among patients that underwent their first revascularisation operation (coronary angioplasty or coronary artery bypass grafting) during the years 1995-1998. Statistical methods used in this study are commonly used in epidemiological research, including logistic and multinomial logistic regression, Poisson regression and Cox regression. Based on previous research, it was known that higher socioeconomic groups received more revascularisations than those worse-off during the 1990s. This study aimed to conclude whether patients in higher socioeconomic groups received the operation during an earlier stage of the disease as based on their treatment history. According to the results, statistically significant differences that favouring those better-off existed in 1995-1998 in the pathways to revascularisation. Patients from higher socioeconomic groups received surgery sooner after the diagnosis and had fewer acute hospitalisations due to coronary heart disease in their treatment histories. The study used several graphic and statistical methods to gain a more detailed picture of the pathways to revascularisation.

HEDG Working Paper; 08/012

York : University of York : 2008/03 : 33p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08\\_12.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_12.pdf)

The main goal of Seguro Popular is to improve the financial protection of the uninsured population against excessive health expenditures. Seguro Popular (SP) covers a variety of preventive and curative procedures, as well as medicines, and hospital care for the poorest segment of the Mexican population. Data: This paper estimates the impact of Seguro Popular on catastrophic health expenditures, as well as out-of-pocket health expenditures, from three different sources: National Household Survey of Income and Expenditures (ENIGH 2006); National Health and Nutrition Survey (ENSANUT 2006); and SP Impact Evaluation Survey. Methods: We first estimate naive probit models, and then compare them against bivariate probit models which use instrumental variables that take advantage of the specific SP implementation mechanisms to address the endogeneity of insurance selection choices. Results: No effect on catastrophic health expenditures is observed in the ENIGH sample. However, we find a statistically significant effect on the reduction of household's expenditures on medicines and outpatient care. On the other hand, Seguro Popular reduces the probability of catastrophic health expenditures using the other two datasets: SP Impact Evaluation Survey, and ENSANUT. We also observe a reduction of the probability of expenditures on medicines and outpatient care among the SP insured families.

## ► Mexique

38297

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
GALLARAGA (O.), SASA-RUBI (S.G.),  
SALINAS (A.), SESMA (S.)

The University of York. Health - Econometrics  
and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

***The Impact of Universal Health Insurance  
on Catastrophic and Out-of-Pocket Health  
Expenditures in Mexico: a Model with an  
Endogenous Treatment Variable.***

*L'impact de la couverture maladie universelle  
sur les dépenses de santé catastrophiques  
ou restant à la charge de l'assuré à Mexico :  
un modèle avec un variable endogène de  
traitement.*

## ► Nouvelle-Zélande

37883

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
ZURN (P.), DUMONT (J.C.)

Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction de l'Emploi - du Travail et des  
Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

***Health workforce and international  
migration : can New Zeland compete?***

*Effectifs des professionnels de la santé et  
migration internationale : la Nouvelle-Zélande  
peut-elle rivaliser ?*

OECD Health Working Papers ; 33

Paris : OCDE : 2008 : 57p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/46/41/40673065.pdf>

Ce document examine les effectifs de professionnels de la santé et les politiques migratoires de la Nouvelle-Zélande, en se concentrant plus particulièrement sur le recrutement international de médecins et d'infirmières. En Nouvelle-Zélande comme dans tous les pays de l'OCDE, ces professionnels jouent un rôle crucial dans le système de santé. Dans ce pays, pourtant, peut-être plus que dans tout autre pays de l'OCDE, on ne saurait étudier les travailleurs de la santé sans prendre en compte la dimension internationale de cette population. La Nouvelle-Zélande compte la proportion de médecins immigrés la plus élevée de tous les pays de l'OCDE, celle des infirmières immigrées comptant aussi parmi les plus fortes. Le pays ne s'est pas doté d'une politique d'immigration particulière concernant ces professions même si les filières d'immigration permanente ou temporaire font qu'il est relativement facile pour les médecins et les infirmières qui parviennent à faire reconnaître leurs diplômes d'aller s'installer en Nouvelle-Zélande. En parallèle, le pays présente également des taux élevés d'émigration de travailleurs de la santé (principalement vers les autres pays de l'OCDE). En matière de gestion des ressources humaines de la santé, les migrations internationales représentent donc à la fois une chance et une difficulté pour la Nouvelle-Zélande. La concurrence internationale croissante pour attirer des travailleurs hautement qualifiés soulève des problèmes importants comme la soutenabilité et la capacité à affronter cette concurrence sur un marché mondialisé. Dans ce contexte, il faudrait peut-être réfléchir à de nouvelles stratégies pour améliorer le recrutement international de travailleurs de la santé et élaborer d'autres mesures possibles. Quant à ce recrutement, l'amélioration de la coordination et le renforcement de la collaboration entre les principales parties prenantes pourraient contribuer à le rendre plus effectif et plus approprié.

## ► Portugal

37410

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
AFONSO (A.), FERNANDES (S.)  
Instituto Superior de Economia e Gestao.  
Department of Economics. Lisbonne. PRT

### ***Assessing Hospital Efficiency: Non-parametric Evidence for Portugal.***

*Evaluer l'efficacité des hôpitaux : données non paramétriques pour le Portugal.*

Working Paper ; 07/2008

Lisbonne : ISEG : 2008/02 : 38p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp072008.pdf>

We compute DEA (Data Envelopment Analysis) efficiency scores and Malmquist indexes for a panel data set comprising 68 Portuguese public hospitals belonging to the National Health System (NHS) in the period 2000-2005, when several units started being run in an entrepreneurial framework. With data on hospital services' and resource quantities we construct an output distance function, we assess by how much can output quantities be proportionally expanded without changing input quantities. Our results show that, on average, the NHS hospital sector revealed positive but small productivity growth between 2000 and 2004. The mean TFP indices vary between 0,917 and 1,109, implying some differences in the Malmquist indices across specifications. Furthermore, there are significant fluctuations among NHS hospitals in terms of individual efficiency scores from one year to the other.

## ► République Slovaque

36923

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
GUNNARSSON (V.), LUGARESÍ (S.),  
VERHOEVEN (M.)  
I.M.F., F.M.I.

### ***The health sector in the Slovak Republic: efficiency and reform.***

*Le secteur de la santé en République Slovaque : efficacité et réforme.*

IMF Working Paper ; n° WP/07/226.

Washington : Fonds Monétaire International : 2007/09 : 25p.,

Cote Irdes : En ligne

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07226.pdf>

The paper assesses the financial situation of the health sector in the Slovak Republic. It also evaluates the efficiency of health expenditures and service delivery in comparison to the OECD and other new EU member states and suggests avenues for cost recovery and reform. The health sector of the Slovak Republic is plagued by financial problems. To turn around health system finances and achieve larger gains in health outcomes, the efficiency of health spending needs to increase and the mix and quality of real health resources need to be improved. Although Slovak's overall

health spending efficiency is on par with that of the OECD, substantial inefficiencies occur in the process of transforming intermediate health inputs into health outcomes. Efficiency may be enhanced by containing the cost of drugs and reducing reliance on hospital care. Also, although cost-effectiveness may be relatively high at present, its sustainability in the future is an issue.

## ► Royaume-Uni

36599

CHAPITRE, RAPPORT  
SAINSBURY (R.), STANLEY (K.)  
Institute For Public Policy Research.  
(I.P.P.R.). Londres. GBR

### ***One for all : active welfare and the single working-age benefit.***

*Un pour tous : une sécurité sociale active et une prestation unique pour les personnes en âge de travailler.*

Londres : IPPR : 2007/09 : 16p.

Cote Irdes : B6279

<http://www.ippr.org.uk/publicationsandreports/publication.asp?id=552>

Interest in the prospect of radical benefit reform is high. In this chapter the authors examine the case for a single working-age benefit. They conclude that this offers perhaps the best prospect of achieving a benefit system that actively supports welfare-to-work policy (in a way that neither the current system nor the Imminent changes to Incapacity Benefit does), is greatly more responsive to individuals' needs than the current system, and matches a rights and responsibilities agenda. A single working-age benefit seems not only desirable, but also feasible, not necessarily as a short term reform, but certainly within a 10-year time frame.

36952

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
King's Fund Institute. Londres. GBR

### ***The Future of Care Funding: Time for a change***

*Le futur du financement des soins : le temps du changement.*

Londres : King's Fund Institute : 2008/01 : 35p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/our\\_future.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/our_future.html)

Caring Choices, a coalition of 15 organisations from across the long-term care system, sought to gather the views of older people, carers and others with direct experience of the system on how care should best be funded in the future. It was born out of widespread and growing concern that the current long-term care funding system is not fit for purpose. Throughout 2007, it has engaged with more than 700 individuals at events across England and Scotland and through an interactive website. The initiative – and this final report in particular – provides insights into potential areas of consensus as well as some of the difficult choices and trade-offs that will need to be made in order to create a funding system that is fair, effective and sustainable. The findings reported below came from the discussions at the Caring Choices events and from a survey of those attending the events, web visitors and a number of partner organisation contacts.

37287

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HART (P.)  
University of Reading Business School.  
Department of Economics. Reading. GBR

### ***Productivity in the National Health Service.***

*Productivité au sein du National Health Service.*

Reading : University of Reading Business School : 2007/07 : 8p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.reading.ac.uk/web/FILES/business/045%2C07.pdf>

To what extent are the many services provided by the NHS improving? Are the differences between the performances of different hospitals decreasing or increasing? Are the differences in NHS performance across regions in the UK being reduced? To answer such questions, and many others like them, it is necessary to measure the performance of the NHS. There is an even more extensive literature on the measurement of labour productivity and total factor productivity in the private sector. Section 2 of this note outlines an accounting approach to such measurement in the private sector and shows that the fundamental problems arising also hold for the NHS. Section 3 discusses the measurement of productivity in the NHS. Unlike firms in the private sector, the NHS does not charge for its services so that the output prices normally used to weight

different services in an output index are zero. It is argued here that this fundamental problem is not overcome by the use of input prices in a cost weighted index of output. Hence indices of productivity based on cost-weighted indices of output should not be used to measure NHS total factor productivity.

37297

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
HARVEY (S.), JOCHELSON (K.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Paying the Patient: Improving health using financial incentives.***

*Payer le patient : utilisation d'incitations financières pour améliorer l'état de santé.*

Londres : King's Fund Institute : 2007/12 : 10p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7298>

This work is the first in a series of papers on how people can be encouraged to adopt healthy behaviour. Input into these papers, through discussion and invited comment, will contribute to a final report at the end of 2008. This paper, identifying programmes based on both positive and negative incentives, finds that financial incentives are effective in encouraging people to perform clearly defined, time-limited, simple behavioural tasks, and also in encouraging participation in lifestyle programmes. However, healthier behaviour is not maintained and financial incentives are not effective when the behaviour change required is complex, for example, giving up smoking.

37412

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HOLE (A.), MARINI (G.), GODDARD (M.), GRAVELLE (H.)  
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Fairness in primary care procurement measures of under-doctoredness : sensitivity analysis and trends.***

CHE Research Paper Series ; 35.

York : University of York : 2008/02 : 31p., fig., tabl.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp35.pdf>

The White Paper Our Health, Our Care, Our Say noted concerns about geographical equity of access to general physicians (Department

of Health, 2006, page 63), listed the 30 Primary Care Trusts (PCTs) with the lowest number of general physicians per head of need adjusted population, and set out policy initiatives to attract additional providers of general practice services to these PCTs. We were asked to evaluate the impact of these policies on the bottom 30 PCTs and will report in Autumn 2010. In this report we consider a number of related measurement.

37443

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DATTA (B.), YA (Q.)  
University of York. Department of Economics and Related Studies. York. GBR

***An Incentive Mechanism for Using Risk Adjuster to Reimburse Health Care Provider.***

*Un mécanisme incitatif pour utiliser l'ajustement sur le risque dans le remboursement des soins.*

Discussion Papers in Economics ; n° 2007/30  
York : University of York : 2007/11 : 32p., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0730.pdf>

Health care providers are almost always universally reimbursed by third party purchasers. As a result, health care purchasers are faced with risk selection challenges. In response, risk adjustment methods are introduced in the reimbursement for services. However, health care providers under this arrangement have incentives to manipulate the risk elements in an attempt to obtain larger payments from the purchasers i.e. the realisation of risk adjuster then becomes sensitive to the providers upcoding behaviour. Whilst there is usually an outside auditor (e.g from the office of inspector general of the department of health and human services in the United States) who randomly monitors providers' behaviour and imposes penalty in the event that dishonesty is detected, monitoring such behaviour is highly costly. In this paper, we propose a reward scheme to combat such moral hazard problems. We analyse two types of incentive schemes where treatment intensity is contractible in one and not in the other. We show that under both incentive schemes, the honest provider receives the same reward and obtains higher expected utility in comparison to the full information case. Further, with contractible treatment intensity, the contract resembles the full information one.

37874

RAPPORT, INTERNET  
GALBRAITH (A.)  
Department of Health. (D.O.H.). London.  
GBR

***Pharmacy in England : White paper.***

*La pharmacie d'officine en Angleterre : livre blanc.*

Londres : Her Majesty's Stationary Office :  
2008 : 139p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.official-documents.gov.uk/document/cm73/7341/7341.pdf>

This White Paper sets out a vision for building on the strengths of pharmacy, using the sector's capacity and capability to deliver further improvements in pharmaceutical services over the coming years as part of an overall strategy to ensure safe, effective, fairer and more personalised patient care. It includes the Government's response to the review of NHS pharmaceutical contractual arrangements conducted by Anne Galbraith, former chair of the Prescription Pricing Authority, which the Government commissioned in 2007. It also considers, where appropriate, views put forward by the All-Party Pharmacy Group's report *The Future of Pharmacy* (published in 2007), and considers the complementary but important work of dispensing doctors and appliance contractors.

37879

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BARROS (P.P.)  
Universidade Nova de Lisboa. Lisbonne. PRT  
University of Munich. Munich. DEU

***The simple economics of risk-sharing agreements between the NHS and the pharmaceutical industry.***

*L'économie élémentaire des accords de partage des risques entre le NHS et l'industrie pharmaceutique.*

Munich Personal Repec Archive (MPRA)  
Paper ; 8517

Munich : University of Munich, Munich  
Personal RePEc Archive : 2007/12 : 21p.

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:pra:mprapa:8517&r=hea>

The Janssen-Cilag proposal for a risk-sharing agreement regarding bortezomib received a welcome signal from NICE. The Office of Fair Trading report included risk-sharing agree-

ments as an available tool for the National Health Service. Nonetheless, recent discussions have somewhat neglected the economic fundamentals underlying risk-sharing agreements. We argue here that risk-sharing agreements, although attractive due to the principle of paying by results, also entail risks. Too many patients may be put under treatment even with a low success probability. Prices are likely to be adjusted upward, in anticipation of future risk-sharing agreements between the pharmaceutical company and the third-party payer. An available instrument is a verification cost per patient treated, which allows obtaining the first-best allocation of patients to the new treatment, under the risk sharing agreement. Overall, the welfare effects of risk-sharing agreements are ambiguous, and care must be taken with their use.

38295

RAPPORT, INTERNET  
Department of Health. (D.O.H.). London.  
GBR

***Health Inequalities: Progress and Next Steps. - Equality Impact Assessment – Health Inequalities: Progress and Next Steps.***

*Inégalités de santé : progrès et nouvelles étapes. Suivi de : Evaluation des inégalités de santé : progrès et nouvelles étapes.*

Londres : Department of Health : 2008 : 2 vol.  
(88p.+21p.), tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_085307](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085307)

This document outlines the Government's approach to hit the 2010 health inequalities Public Service Agreement targets, assessing what has and has not worked, and setting the direction of travel beyond 2010. The partial equality impact assessment sets out some of the current health inequalities and potential interventions to reduce and eliminate these inequalities.

38355

RAPPORT, INTERNET  
MCCRONE (P.), DHANASIRI (S.), PATEL (A.), KNAPP (M.), LAWTON-SMITH (S.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Paying the Price: The cost of mental health care in England to 2026.***

*Payer le prix : le coût des soins en santé mentale en Angleterre d'ici 2026.*

Londres : King's Fund Institute : 2008/05 : 143p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7665>

Recognising the significance of mental health in terms of both the health of the population and the cost to the government and taxpayer, in 2006 the King's Fund commissioned a review to estimate mental health expenditure in England for the next 20 years, to 2026. The review had the following broad aims. It assesses the current need for mental health services and the costs of services provided; projects needs and costs to the year 2026; assesses the impact that specific interventions may have on these costs.

38357

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
THORLBY (R.), LEWIS (R.), DIXON (J.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Should Primary Care Trusts be Made More Accountable?***

*Les groupes de soins primaires doivent-ils être plus responsables ?*

Londres : King's Fund Institute : 2008/05 : 75p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7561>

Primary care trusts are in the main accountable to the centre, however there have been calls to review the current system. This paper discusses a range of opinions for reforming the relationships between PCTs and their public.

38361

INTERNET, RAPPORT  
FARRINGTON-DOUGLAS (J.), CASTRO  
COELHO (M.)  
Institute For Public Policy Research.  
(I.P.P.R.). London. GBR

***Private Spending on Healthcare.***

*Les sources de financement privées en santé.*

Londres : IPPR : 2008/06 : 85p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ippr.org.uk/members/download.asp?f=/ecomm/files/social\\_capital.pdf](http://www.ippr.org.uk/members/download.asp?f=/ecomm/files/social_capital.pdf)

The debate about healthcare finance in the UK continues after 60 years of the NHS. Both critics and supporters of the NHS question whether the UK can continue to provide tax-funded healthcare free at the point of need, as private incomes increase and as demands and the costs of healthcare continue to place ever greater pressures on the health budget. This report addresses two key policy problems: The macro level problem is the future financing of healthcare in the UK. This report examines how much and how future healthcare will need to be funded. In particular, it is interested in the role that private health spending is likely to play in meeting future healthcare spending demands. The second problem is how the current contribution of private spending in the health economy could be improved. Private spending in its many forms has always co-existed with the NHS, but has received less attention from policymakers as an integral part of the health system.

38362

RAPPORT, INTERNET  
LIDDELL (A.), TIMMINS (N.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Making it Happen. Next steps in NHS reform: Report of an expert working group.***

*Objectif NHS : Les nouvelles étapes de la réforme. Rapport d'un groupe de travail.*

Londres : King's Fund Institute : 2008/04 : 22p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7717>

The pace of change and reform in the NHS has been relentless as government and those who work in the NHS seek ways to improve the service. The King's Fund set up an expert working group to examine how effective the current incentives were in achieving this aim. The group focused on the role of PCTs as commissioners and on practice-based commissioning but discussed other issues, including patient choice. This paper includes specific proposals for government, the Department of Health, strategic health authorities and primary care trusts. These conclusions should feed into Lord Darzi's review and help to clarify the next steps for the NHS.

38418

RAPPORT, INTERNET  
HARVEY (S.), MCMAHON (L.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Shifting the Balance of Care to Local Settings.***

*Déplacer le lieu de dispensation des soins : de l'hôpital vers un cadre communautaire.*

Londres : King's Fund Institute : 2008 : 72p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7717>

Government health policy has been encouraging a shift in the balance of care from hospital to community settings. The Department of Health commissioned The King's Fund, in partnership with Loop2, to undertake a simulation-based project entitled SeeSaw to understand how this shift in care could be achieved. This report outlines the simulation process and describes the event itself. The majority of the report, however, focuses on the learning that emerged during the event and in all the subsequent discussions on the implications for policy-makers, managers and professionals working in the NHS, in social care, and in the independent sector

## ► Russie

37082

NOTE, INTERNET  
MARQUEZ (P.V.)  
World Bank. Washington DC. USA

***Better Outcomes through Health Reforms in the Russian Federation: The Challenge in 2008 and Beyond.***

*Améliorations des résultats par des réformes du système de santé en Russie : le défi pour 2008 et au-delà.*

Washington : Banque mondiale : 2008 : 21p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/russia\\_policy\\_brief\\_feb\\_6\\_08.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/russia_policy_brief_feb_6_08.pdf)

The purpose of this Policy Note is to discuss selected health challenges in the Russian Federation, focusing on outcomes, expenditures and options for policy and institutional reforms in the health care system. The areas covered in the Note draw on recent studies and re-

ports, and take into account lessons derived from the implementation of the World Bank-funded Health Reform implementation Project (HRIP) at the federal level and in the Chuvash Republic and the Voronezh Oblast—the pilot regions of the project, over the 2005-2007 period. The primary audience for this note consists of policy makers, analysts, and managers in the Russian health sector. A secondary audience is internal, particularly managers and staff of the World Bank who are working in the Russian Federation and other middle-income countries.

## ► Suède

38208

RAPPORT  
SUNDIN (J.), WILLNER (S.)  
Swedish National Institute of Public Health. (S.N.I.P.H.). Stockholm. SWE

***Social change and health in Sweden - 250 years of politics and practice.***

*Les transformations sociales et la santé en Suède : 250 années de politique et de pratique.*

Stockholm : Swedish National Institute of Public Health : 2007 : 252p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/russia\\_policy\\_brief\\_feb\\_6\\_08.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/russia_policy_brief_feb_6_08.pdf)

This book, which traces the development of Swedish public health from 1750 to the present day against the backdrop of major societal change. Internationally speaking, the Swedish population enjoys a high health status and many have asked how this has been achieved. Among the historical roots we find, for instance, good statistics since 1749, trustful cooperation between agents of health and local communities, restrictive alcohol policy, anti-tobacco campaigns and almost 200 years without the devastation of war. However, there is no denying that increased living standards due to universal welfare policy strategies, including social security, high educational standard, regional and housing subsidies and greater employment among both women and men, appear to have been equally or even more important (4ème de couv.)

38413

DOCUMENT TRAVAIL, INTERNET  
RUDHOLM (N.)  
Swedish Retail Institute. (H.U.I.). Stockholm.



SWE

***Deregulating the Norwegian Pharmaceuticals Market - Consequences for Costs and Availability***

*La dérégulation du marché pharmaceutique norvégien - conséquences en termes de coûts et de disponibilité.*

HUI working papers; 7

Stockholm : HUI : 2007 : 14p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.hui.se/LitiumDokument20/GetDocument.asp?archive=3&directory=72&document=824>

The aim of this paper is to analyze the impact of the deregulation of the Norwegian pharmaceuticals market in 2001 on costs and availability of pharmaceutical products. Data has been collected from the annual reports of a sample of Norwegian pharmacies before and after the deregulation of the market. In addition, data regarding the number of pharmacies in each region in Norway has also been collected. In order to study costs, a translog function is estimated. Regressin models for the number of pharmacies in each region in Norway are also estimated. The results show that the costs of the individual pharmacies have not decreased as a consequence of the deregulation of the Norwegian pharmaceuticals market. The deregulation of the market did, however, increase the availability to pharmacy services substantially. The number of pharmacies increased from 392 in year 2000 to 524 in June 2004.

38445

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL  
ANDERSSON (L.), HENRIKSON (A.)  
Orebro University. Swedish Business School.  
Örebro. SWE

***What Determines Local Expenditures on Mental Health Care in Sweden Really?***

*Qu'est-ce qui détermine vraiment les dépenses locales de santé mentale ?*

Orebro : Swedish Business School : 2008 : 18p., 3 fig., 4 tab.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oru.se/oru-upload/Institutioner/Ekonomi%20statistik%20och%20informatik/wp2008-08.pdf>

The objective of this paper is to analyze the determinants of local expenditures on mental health care in Sweden. It uses an unique dataset that identifies the localities' expendi-

tures explicitly directed towards mental health care. Based on these data its finds that there is increasing returns to scale in the provision of local mental health services in terms of population. However, it appears as if local policy variables, local earnings potential (economic opportunities), geographical area or other indicators that have been put forward in the debate, cannot explain the large variation in local expenditures on mental health care in.

► **Suisse**

36598

RAPPORT  
FRANK (R.), LAMIRAUD (K.)  
Université de Lausanne. Faculté des Hautes  
Etudes Commerciales. (H.E.C.). Lausanne.  
CHE

***Choice, price competition and complexity in markets for health insurance.***

*Choix, concurrence des prix et complexité des marchés de l'assurance maladie.*

Lausanne : Université de Lausanne : 2006 : 41p., tabl.

Cote Irdes : B6378

<http://www.hec.unil.ch/deep/evenements/Brownbag-papers/2005-06/Frank-mai06.pdf>

The United States and other nations rely on consumer choice and price competition among competing health plans to allocate resources in the health sector. A great deal of research has examined the efficiency consequences of adverse selection in health insurance markets, less attention has been devoted to other aspects of consumer choice. The nation of Switzerland offers a unique opportunity to study price competition in health insurance markets. Switzerland regulates health insurance markets with the aim of minimizing adverse selection and encouraging strong price competition. We examine consumer responses to price differences in local markets, the degrees of price variation in local markets. Using both survey data and observations on local markets we obtain evidence suggesting that as the number of choices offered to individuals grow their responsiveness to price declines allowing large price differentials to persist holding constant plan and population characteristics. We consider explanations for this phenomenon from the field of behavioral economics.

## ► Union européenne

38354

RAPPORT, INTERNET

LEGIDA-QUIGLEY (H.), MCKEE (M.),  
NOLTE (E.), GLINOS (I.A.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Brussels. BEL,  
Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### **Assuring the quality of health care in the European Union : A case for action.**

*Garantir la qualité des soins de santé dans  
l'Union européenne. Faut-il prendre des  
mesures ?*

Copenhague : Organisation mondiale de la  
santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 :  
241p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/document/e91397.  
pdf?language=French](http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf?language=French)

Quel que soit le motif du déplacement, l'une des questions que l'on se pose est la suivante : « Si je tombe malade, les soins de santé qui me seront dispensés seront-ils de grande qualité ? ». Jusqu'à présent, on ne pouvait que s'en remettre au destin. Dans cet ouvrage sont examinés, pour la première fois, les systèmes mis en place dans les 27 États membres de l'Union européenne. Le tableau qu'il brosse est nuancé. Certains ont des systèmes bien développés ; ils déterminent des normes en se fondant sur les meilleures bases factuelles disponibles, contrôlent les soins dispensés et prennent des mesures lorsque ces soins ne répondent pas aux attentes. D'autres doivent surmonter des obstacles importants. La capacité de l'Union européenne à prendre des mesures dans le domaine des soins de santé est limitée, mais pour que la libre circulation des citoyens européens devienne une réalité, des systèmes appropriés doivent être mis en place afin d'assurer des soins de haute qualité, même si les stratégies adoptées varient en fonction du contexte local. Cela nécessite un dialogue entre les responsables du financement et dispensateurs de soins de santé en Europe. Cet ouvrage fournit les bases nécessaires pour que ce dialogue puisse être amorcé.

38463

RAPPORT, INTERNET

Commission Européenne. Direction Générale de l'Emploi - des Affaires sociales et de l'Égalité des Chances. Bruxelles. BEL

### **Quality in and Equality of Access to Healthcare Services.**

*Qualité et égalité d'accès aux services de soins  
de santé.*

Bruxelles : Commission européenne : 2008 :  
359p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.centre.org/  
data/1215506214\\_37409.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1215506214_37409.pdf)

This study reviews barriers of access to health care that persist in European Union countries and presents an analysis of what policies countries have adopted to mitigate these barriers. It has a focus on the situation of migrants, older people with functional limitations, and people with mental disorders. What are the barriers to accessing high quality health care for people at risk of social exclusion? What are the interdependencies between poverty, social exclusion and problems of accessing health care? What policies have EU Member States put in place to improve access and quality of health care for vulnerable groups of the population? The study is based on eight country reports: Finland, Germany, Greece, the Netherlands, Poland, Romania, Spain, and the United Kingdom. This was complemented with findings from the literature and European comparisons. Ensuring equitable access to high-quality healthcare constitutes a key challenge for health systems throughout Europe. Despite differences in health system size, structure and financing, evidence suggests that across Europe particular sections of the population are disproportionately affected by barriers to accessing healthcare. Studies have also shown that difficulties in accessing healthcare are compounded by poverty and social exclusion, and that poverty and social exclusion compound difficulties in accessing healthcare.

► Analyse économique

36976

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CARR-HILL (R.), STREET (A.)  
University of York. Centre for Health  
Economics. (C.H.E.). York. GBR

**Economic analysis of cost-effectiveness of community engagement to improve health.**

*Analyse économique du rapport coût/efficacité de l'engagement communautaire dans l'amélioration de l'état de santé.*

CHE Research Paper Series ; 33.  
York : University of York : 2007/12 : 25p.  
Cote Irdes : P149/6  
<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp33.pdf>

Liberty of association is one of the building blocks of a democratic society, and presumes that community engagement in a democratic society is universally a good thing. This presumption is not subject to economic analysis, but the issue considered here is whether community engagement is a better vehicle for improving the community's health than another approach. The problems of applying the standard framework of economic evaluation to consider this issue include: multiple perspectives and time frames; identifying and costing activities and specifically the costs of volunteer time; identifying and measuring benefits; identifying comparator communities; how the intervention interacts with the community and therefore identifying end gainers and losers and eventually how the former might compensate the latter; attribution of any changes in community (health) to the approaches and methods of community engagement (CE); quantification across the whole range of community engagement. We consider three possible ways to apply the tools of economic appraisal to assess community engagement, these being: developing a typology; relying just on effectiveness data from the literature and guesstimating costs; and developing a scenario based on partial information about both costs and benefits. We assess the impact of community engagement on health and health behaviour; the contribution of community engagement to supporting social networks and social capital formation; and other impacts specific to a particular situation, including collective and ideological outcomes (whether of citizenship, obedience or political literacy). We conclude with a set of questions to ask of any CE intervention.

37935

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
VINEY (R.), SAVAGE (E.)

University of Technology. Centre for Health  
Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

**Health care policy evaluation: empirical analysis of the restrictions implied by Quality Adjusted Life Years.**

*Evaluation des politiques de santé : une analyse empirique des restrictions induites par l'indicateur QALY (Années de vie pondérées par la qualité de vie).*

Sydney : Centre for Health Economics  
Research and Evaluation : 2006 : 23p., tabl.,  
fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006\\_10.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_10.pdf)

This paper investigates the nature of the utility function for health care, defined over the probability of survival, survival duration, health state and cost of treatment. A discrete choice experiment, involving treatment choice for a hypothetical health condition is used to test restrictions on preferences in the QALY model. We find that preferences do not conform to expected utility, and there are significant interactions between health state and survival duration. Individual characteristics are significant, implying substantial differences in valuations of health states across the population. The results suggest the QALY approach distorts valuations of health outcomes.

38250

OUVRAGE  
FLORIO (M.) / éd.

**Cost-benefit analysis and incentives in evaluation : the structural funds of the European Union.**

*Analyse coût-bénéfice et incitations en évaluation : les fonds structurels de l'Union européenne.*

Cheltenham : Edward Edgar Publishing :  
2007 : 15-335p., tabl., index  
Cote Irdes : A3729  
<http://www.amazon.com/Cost-Benefit-Analysis-Incentives-Evaluation-Structural/dp/1847202381>

This book provides an authoritative contribution to applied cost-benefit analysis (CBA) and other evaluation methods in the context of the regional policy of the European Union.

Through the use of Structural Funds and other financial and regulatory mechanisms, the EU will help to promote thousands of infrastructure projects in the next decade. CBA will be a key ingredient in the investment decision process and the authors provide important insights from their international experiences in project appraisal and evaluation and point to some valuable lessons to be learnt for the future. Some key questions addressed by the expert contributors include: How should a planner design incentives to stimulate evaluation efforts in project appraisal? ; What can we learn from the evaluation experience at the European Commission, the European Investment Bank, The European Bank for Reconstruction and Development and the World Bank? ; What is the appropriate shadow price of time for Trans-European networks in transport? ; Is there a consensus on the value of the statistical life in environment projects? ; Should we use one unique European social discount rate or several?

38443

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
NORMAN (R.), VINEY (R.)  
University of Technology. Centre for Health Economics Research and Evaluation.  
(C.H.E.R.E.). Sydney. AUS

***The effect of discounting on quality of life valuation using the Time Trade-Off.***

*L'effet de la remise sur l'évaluation de la qualité de vie au moyen de l'arbitrage temporel.*

Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation : 2008/05 : 21p., 7 fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008\\_3.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008_3.pdf)

Cost-utility analysis, combining mortality effects with health-related quality of life effects, has become the preferred method for presenting economic evaluation. It allows comparability between potential investments in different areas of health and healthcare as the outcomes are generic and designed to be applicable in multiple contexts. There are various methods for estimating health-related quality of life scores but one major approach is the use of the Time Trade-Off. Evidence has suggested that scores from this measure are relatively lower than from other measures. We argue that one possible reason for this is that the TTO method artificially deflates valuation scores because it does not take account of time preference. The extent of the deflation depends on the duration of survival offered for

the health state in question, the true valuation placed on that state, and the individuals rate of time preference. This has implications for the use of TTO valuation scores in economic evaluation, particularly when models are populated using health-related quality of life scores from sources using different methods.

38353

RAPPORT, INTERNET  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL,  
Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

***The economic costs of ill health in the European Region.***

*Les coûts de la mauvaise santé en Europe.*

Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 33 p., 9 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_eBD1.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf)

Evidence on the economic costs of ill health (or, reversely, the benefits of good health) is essential in assessing the economic return on health investment. But understanding what those costs/benefits mean and how they should be measured is equally essential. Public policy discourse on the economic consequences/costs of ill health has been handicapped by considerable confusion about what the term means. Noting that without an a priori definition of the cost concept at issue no meaningful discourse can ensue, we address three economic concepts.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### ► Économie de la santé

36967

RAPPORT, INTERNET

Institute of Health Economics. (I.H.E.). Ed-  
monton. CAN

***World in Your Pocket. A Handbook of International Health Economic Statistics 2007.***

*Le monde dans votre poche. Manuel 2007 de statistiques internationales en économie de la santé.*

Edmonton : Institute of Health Economics : 2007 : 52p., fig.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.ihe.ca/documents/ihe/publications/reports/IHE\\_Report\\_World\\_in\\_Your\\_Pocket\\_International\\_Health\\_Economic\\_Statistics\\_2007.pdf](http://www.ihe.ca/documents/ihe/publications/reports/IHE_Report_World_in_Your_Pocket_International_Health_Economic_Statistics_2007.pdf)

World In Your Pocket - a Handbook of International Health Economic Statistics includes the most current available data, presented in separate sections on health status, health care costs, health resources, health resource utilization and health system performance. The basic unit of observation is the individual country. Indicators are reported at the international level. Space limitations require us to limit the number of countries in the international charts. We selected a group of countries with approximately the same level of economic development as Canada, including Australia, Finland, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Spain, Sweden, the United Kingdom and the United States. Data was not available for all countries in every chart. We also included a number of developing countries in a select number of international charts. We selected a group of countries that have approximately the lowest Gross Domestic Product (GDP) in Africa, South America, and Asia.

## ► Indicateurs de santé

38642

RAPPORT

FLEMING (D.), ELLIOTT (C.), PRINGLE (E.)  
Commission Européenne. Direction Générale Sanco. Bruxelles. BEL

### **Electronic Health Indicator Data (eHID).**

*Les indicateurs de santé électroniques (eHID).*

Bruxelles : Commission européenne : 2008 : 112p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : B6517

Le projet eHID (Electronic Health Indicator Data) conduit par la Commission européenne a pour objectif de collecter des indicateurs de prévalence en soins de santé primaire à partir de réseaux de médecins généralistes de l'Union européenne. Ce rapport final présente des indicateurs de prévalence et d'incidence pour trois pathologies : diabète, maladie ischémique et santé mentale. Neuf pays ont

participé à cette enquête. Les définitions ont été soigneusement choisies pour évaluer la prévalence et l'incidence explicitement reconstruites et relevées par les médecins.

## ► Modèle

36921

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
FOMBARON (N.), MILCENT (C.)  
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris.  
FRA

### **The distortionary effect of health insurance on health demand.**

*L'effet de distorsion produit par l'assurance santé sur la demande de soins.*

Paris : PSE : 2007/02 : 34p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.pse.ens.fr/document/wp200740.pdf>

Ce papier propose d'étendre le modèle de Rothschild et Stiglitz (1976) afin de cerner l'impact de l'assurance santé sur la demande de soins. Alors que le modèle pionnier suppose implicitement l'équivalence entre prix du traitement et inconfort lié à la maladie, nous introduisons la possibilité que le «coût des réparations» diffère du «montant des dommages». Demande d'assurance et demande de soins sont étudiées parallèlement sous information symétrique et asymétrique. La distinction introduite entre prix du traitement et inconfort a trois conséquences majeures. Premièrement, les agents sont prêts à payer plus pour se soigner en présence d'un marché d'assurance santé. Deuxièmement et paradoxalement, la sélection adverse peut conduire le marché à diminuer le prix des soins (par rapport à une situation d'information parfaite). Finalement, notre modèle fait apparaître un phénomène fréquemment observé dans la réalité mais inexistant dans le modèle de Rothschild et Stiglitz : une partie de la population peut choisir de ne pas s'assurer (bien que ne renonçant pas à se soigner en cas de maladie) et ce, même en présence d'une concurrence sur le marché de l'assurance.

36994

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
MAURER (J.), KLEIN (R.), VELLA (F.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

### **Subjective Health Assessments and Active Labor Market Participation of Older Men :**

**Evidence from a Semiparametric Binary Choice Model with Nonadditive Correlated Individual-Specific Effects .**

*Évaluation de l'état de santé perçu et de la participation active des séniors au marché du travail : données d'un modèle de choix binaire semi-paramétrique intégrant des effets spécifiques individuels corrélés non-additifs.*

IZA Discussion Paper ; 3257

Bonn : IZA : 2007/12 : 30p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3257.pdf>

We use panel data from the US Health and Retirement Study 1992-2002 to estimate the effect of self-assessed health limitations on active labor market participation of men around retirement age. Self-assessments of health and functioning typically introduce an endogeneity bias when studying the effects of health on labor market participation. This results from justification bias, reflecting an individual's tendency to provide answers which «justify» his labor market activity, and individual-specific heterogeneity in providing subjective evaluations. We address both concerns. We propose a semiparametric binary choice procedure which incorporates potentially nonadditive correlated individual-specific effects. Our estimation strategy identifies and estimates the average partial effects of health and functioning on labor market participation. The results indicate that poor health and functioning play a major role in the labor market exit decisions of older men.

37002

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL  
ARRIETA (A.)

**A Structural Misclassification Model to Estimate the Impact of Physician Incentives on Healthcare Utilization.**

*Modèle structurel de mauvaise classification pour estimer l'impact des mesures incitatives à destination des médecins sur l'utilisation des services de santé.*

Munich : Munich Personal RepEc Archive : 2007/11 : 23p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6718/1/MPRA\\_paper\\_6718.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6718/1/MPRA_paper_6718.pdf)

The issue of over-utilization of medical procedures has generated strong debate in the United States. It is well acknowledged that, in the agency relationship between physicians and patients, the informational advantage

gives doctors an incentive to deviate from the appropriate treatment as defined for a patient's health status, thus incurring over- or under- utilization. However, the empirical consequence of this problem has not been adequately considered. In particular, physician agency breaks the Correspondence between appropriate treatment and observed treatment, generating a problem whose characteristics and effects on estimation are analogous to a classification error. However, the error is non-random. Empirical literature that does not consider the misclassification problem understates the impact of clinical and non-clinical factors on healthcare utilization. This paper proposes a structural misclassification model in which the physician behavior is modeled to characterize the structure of the measurement error. The model captures the interaction between a physician's incentives and a patient's health status, and returns consistent estimators. It also lets us identify the degree of deviation from appropriate treatment (misclassification probability) due to physician incentives, and to compute risk-adjusted utilization rates based on clinical factors only. The model is applied to the cesarean section deliveries performed in the state of New Jersey during the 1999-2002 period. Our results show a moderate but growing rate of non-clinically required c-sections of around 3.2%. We conclude that the growth of the c-section rates in New Jersey over these years is explained mainly by non-clinical factors.

37444

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SICILIANI (L.)

University of York. Department of Economics and Related Studies. York. GBR

**Paying for Performance with altruistic or motivated providers.**

*Rémunérer à la performance des producteurs de soins altruistes ou motivés.*

Discussion Papers in Economics ; n° 2007/33

York : University of York : 2007/08 : 32p., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0733.pdf>

We present a model of optimal contracting between a purchaser (a principal) and a provider (an agent). We assume that: a) providers differ in efficiency and there are two types of provider; b) efficiency is private information (adverse selection); c) providers are partially altruistic or intrinsically motivated; d) they have limited

liability. Four types of separating equilibrium can emerge, depending on the degree of altruism, characterised as very low, low, high and very high. i) For very low altruism the quantity of the efficient and inefficient types is distorted upwards and downwards respectively; the efficient type makes a positive profit. ii) For low altruism the quantity of the efficient and inefficient types is also distorted respectively upwards and downwards, but profits are zero for both types. iii) For high altruism the first best is attained: no distortions on quantities and zero profits. iv) For very high altruism the quantity of the inefficient type is distorted upwards, and the quantity of the efficient type is distorted either upwards or downwards. The inefficient type might have a positive profit. The quantity of the efficient type is higher than that of the inefficient type in all four possible equilibria. The transfer for the efficient type can be higher or lower than the inefficient one, unless altruism tends to zero in which case the transfer for the efficient type is higher. The utility of the efficient type is higher than that of the inefficient one when altruism is very low, low or high, though not necessarily when altruism is very high.

37910

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DESQUIN (B.), HOLLY (A.), ROCHAIX (L.)  
Institute of Health Economics and  
Management. (I.H.E.M.). Lausanne. CHE

***Agent model with a monopoly power:  
physicians.***

*Modèle d'agent avec le monopole : le cas des  
médecins.*

Working Paper ; n° 07-01

Lausanne : Université de Lausanne :  
2007/05 : 28p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/62827.pdf>

The aim of this paper is to model a liberal profession, in this case physicians. We propose a model in which the physician acts in the same way as an agent who maximises his utility function subject to his budget constraint, while at the same time being able to affect his rate of remuneration. This model presupposes that physicians attempt to reach two targets, namely income and leisure, and that the trade-off between these two targets depends on their monopolistic power. Unlike existing models, our proposed model advances that some physicians may have a disutility for leisure and may adopt altruistic or strategic behaviours. To determine the relevance of our model, we es-

timate salaried, firm and agent versions of the model based on a sample of 317 physicians practicing in the Provence-Alpes-Côte d'Azur region (PACA). We observe that physicians do not act like a purely profit-maximising firm. Furthermore, they are able to affect their net remuneration rate through their labour supply. The model that we propose therefore is of particular importance. We estimate that around 20% of physicians experience disutility from leisure, which can be explained by their adoption of altruistic and strategic behaviours.

## ► Pauvreté

36941

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
ALKIRE (S.), FOSTER (J.)  
Oxford Poverty and Human development  
Initiative. (O.P.H.I.). Oxford. GBR

***Counting and multidimensional poverty  
measurement.***

*Calcul et mesure multidimensionnelle de la  
pauvreté.*

OPHI Working Paper Series; 7

Oxford : OPHI : 2007/12 : 32p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.ophi.org.uk/pubs/Alkire\\_Foster\\_CountingMultidimensionalPoverty.pdf](http://www.ophi.org.uk/pubs/Alkire_Foster_CountingMultidimensionalPoverty.pdf)

This working paper proposes a new methodology for multidimensional poverty measurement consisting of: (i) an identification method that extends the traditional intersection and union approaches, and (ii) a class of poverty measures that satisfies a range of desirable properties including decomposability

## ► Risque moral

37821

DOCUMENT DE TRAVAIL  
ALBOUY (V.), CREPON (B.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction  
des Etudes et Synthèses Economiques.  
Paris. FRA

***Aléa moral en santé : une évaluation dans le  
cadre du modèle causal de Rubin.***

Document de travail ; 2007/12

Paris : INSEE : 2007/12 : 47p., graph.

Cote Irdes : B6468

[http://www.insee.fr/fr/nom\\_def\\_met/methodes/doc\\_travail/docs\\_doc\\_travail/g2007-12.pdf](http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/g2007-12.pdf)

L'objet de cet article est d'estimer la sensibilité des consommations de soins à la présence d'assurance santé. En France, où la sécurité sociale garantit une couverture de base homogène, la réponse à cette question passe traditionnellement par la comparaison des recours médicaux des personnes qui ont une complémentaire santé avec les recours médicaux des personnes qui n'en ont pas. En raison de possibles effets de sélection, liés au fait qu'avoir une complémentaire santé est le plus souvent un choix personnel, cette comparaison est délicate. Cet article déplace la ligne de comparaison usuelle et répond à la question de l'impact de l'assurance sur le recours aux soins en comparant les consommations médicales des salariés avec complémentaire d'entreprise à adhésion obligatoire, avec celles des salariés qui n'en ont pas. En effet, l'organisation de la protection maladie en France a cette double particularité de beaucoup s'appuyer sur la complémentaire d'entreprise et notamment d'encourager les contrats collectifs couvrant la totalité des salariés d'une entreprise. Ce type de contrat couvre un assuré sur quatre. Le fait que la souscription à la complémentaire santé soit alors attachée au contrat de travail nous fonde à croire qu'elle est indépendante du risque maladie si on restreint l'analyse aux seuls salariés. C'est sur cette hypothèse que s'appuie notre estimation. En se plaçant dans un cadre où l'impact de l'assurance est hétérogène au sein de la population, nous trouvons que cette hypothèse permet d'estimer quelle serait la consommation médicale moyenne des personnes sans assurance complémentaire, dans l'hypothèse où on leur en fournirait une. On trouve que la probabilité d'aller au moins une fois chez le médecin dans l'année augmenterait de presque 20 points. Cette probabilité de l'ordre de 75% lorsque les personnes n'ont pas de complémentaire, se porterait ainsi à 95%.

## ► Revues systématiques

36951

RAPPORT, INTERNET  
SWEET (M.), MOYNIHAN (R.)  
Milbank Memorial Fund. New York. USA,  
Centers for Disease Control and Prevention.  
(C.D.C.). Atlanta. USA

### ***Improving Population Health: The Uses of Systematic Reviews***

*Améliorer l'état de santé de la population :  
l'utilisation de revues systématiques.*

New York : Milbank Memorial Fund : 2007 : 65p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.milbank.org/reports/0712populationhealth/0712ImprovingPopulationHealthFinal.pdf>

Efforts to improve population health will yield better returns if there is more effective integration of reliable scientific evidence into policymaking. Increasing the use and usefulness of systematic reviews is one powerful mechanism for improving the evidence available to inform population health decision making. Systematic reviews provide a systematic, transparent means for gathering, synthesizing, and appraising the findings of studies on a particular topic or question. They aim to minimize the bias associated with single studies and nonsystematic reviews. They can include many types of studies from diverse disciplines. Systematic reviews can help provide information useful to policymakers, practitioners, and researchers, including the extent of a health problem and whether interventions work, at what cost, and for whom. They can help policymakers make the most efficient use of scarce resources and evaluate the relative merits of competing policies or programs—though for the most part current reviews compare an innovative intervention with some sort of “usual care” scenario rather than compare two different interventions or strategies. Systematic reviews can also help policymakers resist pressures from vested or competing interests, and they can help identify gaps in the evidence and priorities for future research. Population health is affected by policymaking in many areas, including both government and nongovernment enterprises, as well as sectors other than health. Therefore, a broad perspective should be taken in considering the scope of systematic reviews and their potential users. In this report, policymakers are considered to include public and private sector organizations whose decisions influence health, whether they sit in the health sector or elsewhere. Moves are under way to improve policymakers' access to and use of relevant, reliable information from systematic reviews. However, scientific evidence is only one of many forces and many types of information that influence policymaking. Systematic reviews face tough competition for policymakers' attention. They cannot always provide information that is useful or relevant to policymakers' needs, and policymakers often must make decisions on the basis of incomplete evidence within a very short time frame. Evidence-based public/population health differs from evidence-based medicine because it bridges complex systems and populations rather than homogenous patient populations. Many methodological issues confront those who produce and use sys-



tematic reviews relevant to public/population health, and concerted efforts are under way to improve the quality of systematic reviews in this area. David MacLean, professor and dean of the faculty of health sciences at Simon Fraser University in British Columbia, has expressed concerns that overreliance on systematic reviews or unquestioning use of them might stifle creativity and innovation or lead to useful programs being sidelined because of their inadequate evidence base. This report includes case studies—ranging from tobacco control to binge drinking among college students to the mental health challenges of the Indian Ocean tsunami—that bear many lessons for those seeking to improve population health. First and foremost they suggest there is significant room to enhance the role of evidence in policymaking.

## ► Test statistique

37958

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
OLIVELLA (P.), VERA-HERNANDEZ (M.)  
Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.). Londres.  
GBR

### ***Testing for adverse selection into private medical insurance.***

*Tester la sélection adverse dans l'assurance maladie privée.*

Institute for Fiscal Studies working paper :  
06/02

Londres : IFS : 2008/02 : 44p., tabl., graph., ann.  
Cote Irdes : En ligne

<http://www.ifs.org.uk/wps/wp0602.pdf>

We develop a test for adverse selection and use it to examine private health insurance markets. In contrast to earlier papers that consider a purely private system or a system in which private insurance supplements a public system, we focus our attention on a system where privately funded health care is substitutive of the publicly funded one. Using a model of competition among insurers, we generate predictions about the correlation between risk and the probability of taking private insurance under both symmetric information and adverse selection. These predictions constitute the basis for our adverse selection test. The theoretical model is also useful to conclude that the setting that we focus on is especially attractive to test for adverse selection. Using the British Household Panel Survey, we find evidence that adverse selection is present in this market.

## ► Données d'ensemble

38466

INTERNET, CD ROM  
US Census Bureau. Washington DC. USA

### ***World Population Approaches 7 Billion.***

*La population mondiale avoisine les 7 milliards.*

Washington : US Census Bureau : 2008 : non  
paginé

Cote Irdes : En ligne

<http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/population/012112.html>

The Census Bureau's latest projections show world population growing at a slower pace during the first half of the 21st century than the latter half of the 20th century. The world population doubled from 3 billion in 1959 to 6 billion in 1999, but is projected to increase by only 50 percent between 1999 and 2040. Global population growth, about 1.2 percent per year, is projected to decline to 0.5 percent by 2050. However, this growth will be concentrated in less-developed countries. About 1.5 percent of the current global population is 80 or older, with more than half living in developed countries. By 2050, about 5 percent of the world's population is projected to be 80 or older, with about three in four likely to be living in less-developed countries. For developed countries, the percentage of the population 80 or older will grow to about 10 percent in 2050. World population estimates and projections include the impact of HIV and AIDS. Of the 34 countries updated in this revision, nine are hard hit by this pandemic (Benin, Côte d'Ivoire [Ivory Coast], Eritrea, Ethiopia, Guinea, Nigeria, South Africa, Zimbabwe and the Central African Republic). Data for other countries seriously affected by HIV and AIDS are also available from the International Data Base. The International Data Base offers online users a choice of ways to retrieve demographic data, including: Country summary pages showing key population indicators at <http://www.census.gov/ipc/www/idb/summaries.html> ; Tables of demographic indicators for countries and regions at <http://www.census.gov/ipc/www/idb/tables.html> ; Population pyramids showing age and sex composition at <http://www.census.gov/ipc/www/idb/pyramids.html>

## ► Effet contextuel

37465

RAPPORT, INTERNET  
ROBERTSON (D.), SMYTHE (J.),  
MCINTOSH (I.)  
Joseph Rowntree Foundation. York. GBR

### ***Neighbourhood identity : People, time and place***

*Identité de voisinage : personnes, temps et endroit.*

York : Joseph Rowntree Foundation : 2008 : 123p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/2154-neighbourhood-identity-regeneration.pdf>

This study looks at the ways in which neighbourhood identity is formed and considers any implications this may have for policies that seek to improve and enhance neighbourhoods. Through an examination of three neighbourhoods in Stirling, Scotland, the study explores what it means to people to 'come from' each of these areas as a way of understanding issues of belonging and attachment to particular places. The areas – Raploch, Riverside and Randolph Road – were chosen due to their differing socio-economic profiles and contrasting identities. The authors consider why regeneration policies often fail in their objectives and why the reputations of housing estates often display a remarkable longevity and resilience to change. They focus on how such reputations are established and understood by those in and outside particular areas and what implications this has for the identities of neighbourhoods and the people who live in them.

## ► Projections

37056

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BOGAERT (H.)  
Bureau Fédéral du Plan. (B.F.P.). Bruxelles.  
BEL

### ***Long-term population projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms.***

*Projections démographiques à long terme en Europe : de quelle manière elles influencent les décisions politiques et accélèrent les réformes.*

Bruxelles : Bureau Fédéral du Plan : 2007/10 : 24p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.plan.be/admin/uploaded/200801310949170.wp200802.pdf>

The long-term demographic projections have progressively raised concerns about the consequences of ageing population. To better understand those changes and measure their size, projections of social expenditure have been built and progressively refined. Confronted with a large budgetary cost of ageing in the long run, the Government's alternative is: solve the problem when it comes up or try to anticipate the negative results and prevent them. Three ways are to be considered that are not mutually incompatible: reforming the social system in order to reduce the cost for the present and future generations, increasing the tax or contribution receipts by pushing up employment rates and the trend growth of GDP and saving now in the public sector to cover the increase of the future expenditure. The paper shows that, since the end of the nineties, a broad movement of reforms has taken place in the EU which involves this three-pronged strategy.

## ► Sociologie

38186

OUVRAGE  
GUERIN-PACE (F.), FILIPPOVA (E.)

### ***Ces lieux qui nous habitent : identité des territoires, territoires des identités.***

La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube ; Paris : INED : 2008 : 275p.

Cote Irdes : A3718

[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/autres\\_publications/bdd/publication/1358/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/autres_publications/bdd/publication/1358/)

Qu'est-ce qui fonde le sentiment d'appartenance à un territoire ? Comment et pourquoi les individus investissent-ils plus certains lieux que d'autres ? Pourquoi certains territoires sont-ils davantage porteurs d'identité, assignant parfois même une identité à l'insu des personnes ? C'est l'ensemble de ces questions, et plus largement la relation entre identités et territoires, que cet ouvrage tente d'éclairer par une démarche pluridisciplinaire, à travers des contributions de géographes, démographes, sociologues, anthropologues et historiens. Il aborde des terrains socioculturels très contrastés, envisagés à différentes échelles géographiques. Dans un contexte de mondialisation où l'individu se définit par des appartenances multiples et s'affranchit progressivement des contraintes de l'espace-

temps», ce livre permet de mieux comprendre comment le territoire demeure une modalité d'identification qui fait sens dans la définition de soi.

## ► Vieillesse

36845

NOTE

GEISS (R.)

Institut Montaigne. Paris. FRA

### ***Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance.***

Paris : Institut Montaigne : 2007/12 : 87p.

Cote Irdes : B6334

[http://www.institutmontaigne.org/medias/note\\_japon\\_internet\\_avec\\_couv.pdf](http://www.institutmontaigne.org/medias/note_japon_internet_avec_couv.pdf)

Les grands pays développés seraient, dit-on, condamnés au vieillissement démographique. Cette évolution, il est vrai, est communément perçue comme un handicap, voire une menace, pour le dynamisme et la compétitivité de l'économie. C'est notamment le cas en France. Certes, le vieillissement ne présente pas que des avantages, comme le montre les difficiles tentatives de réforme de notre système de retraite. Mais sommes-nous bien sûrs qu'il présente seulement des inconvénients ? Le Japon, qui vieillit plus vite et depuis plus longtemps que la France, a décidé d'appréhender cette évolution de façon résolument optimiste et offensive. Comment ? En considérant le vieillissement comme une source potentielle de croissance. L'auteur de cette note propose une analyse très documentée de cette approche dynamique du vieillissement au Japon. Il montre également que la France pourrait utilement s'en inspirer et formule à cette fin huit propositions concrètes de politique publique.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

## ► Économie industrielle

38237

OUVRAGE

CARLTON (D.W.), PERLOFF (J.M.)

MAZEROLLE (F.) / trad.

### ***Économie industrielle.***

Paris : De Boeck Université : 1998 : 1086p., tabl., index

Cote Irdes : A3728

Ce manuel expose l'ensemble des connaissances en économie industrielle : théorie de l'entreprise, des coûts et des structures de marché, stratégies et politiques des entreprises, politique industrielle, etc. L'ouvrage explique systématiquement tous les concepts de l'économie industrielle qu'il illustre par des exemples tirés de la vie économique. Chaque chapitre se termine par des questions et des problèmes, ainsi que par une bibliographie complète. Toutes les démonstrations mathématiques sont réunies dans des annexes pour ne pas gêner la lecture. Un glossaire en fin de livre rappelle la définition de tous les concepts étudiés.

## ► Emploi

37484

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
ASKENAZY (P.)

Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

### ***A Primer on the 35-Hour in France, 1997–2007.***

*Présentation de la semaine de 35 heures en France, 1997-2007.*

IZA Discussion Paper ; 3402

Bonn : IZA : 2008/03 : 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3402.pdf>

France has experienced massive changes in its regulation of working time during the last decade. These changes generate natural experiments that may help to study a variety of issues in labor economics, including work sharing effect on job creation or productivity, labor relations or adaptation of firms to regulation. This paper provides a primer for researchers interested by working on these issues. It includes detailed information about the 35-hour laws and their progressive removal, and discusses the first wave of research evaluating these policies, that draws a contrasted picture. It also highlights some unexplored lines of research.

## ► Services à la personne

37279

RAPPORT

Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.). Paris. FRA

### **Les services à la personne.**

Paris : la Documentation française : 2008 : 152p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6412

<http://www.cerc.gouv.fr/rapports/rapport7/rapport7cerc.pdf>

Les activités de services à la personne sont très diverses : elles ont en commun leur lieu d'exercice, le domicile du client, et le fait d'être l'objet d'un traitement fiscal particulier visant à les développer et à structurer le secteur. Mais certains services sont également soutenus au titre des grandes politiques de protection sociale à destination de publics fragiles. La première partie du rapport aborde les services à la personne, dans leur ensemble, tels que les constituent la législation et le soutien public. Après une présentation des caractéristiques générales du secteur, sont particulièrement décrits le cadre réglementaire et l'importance des aides publiques ainsi que la politique de structuration de l'offre. Une analyse des motivations économiques et sociales du soutien public est également apportée. La seconde partie examine en détail les grandes familles d'activité (services aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, garde d'enfants, services de facilitation de la vie quotidienne tels que ménage et repassage, soutien scolaire).

## ► Vieillesse

38256

OUVRAGE

CLARK (R.) / éd., OGAWA (N.) / éd., MASON (A.) / éd.

### **Population aging, intergenerational transfers and the macroeconomy.**

*Vieillesse de la population, transferts intergénérationnels et macroéconomie.*

Cheltenham : Edward Elgar Publishing : 2007 : 10-307p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A3731

[http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry\\_Main.lasso?id=12608](http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=12608)

Population aging is a global phenomenon that influences not only the industrialized coun-

tries of Asia and the West, but also many middle- and low- income countries that have experienced rapid fertility decline and achieved long life expectancies. This book explores how workers and consumers are responding to population aging and examines how economic growth, generational equity, trade and international capital flows are influenced by population aging.

## DOCUMENTATION INFORMATIQUE

### ► Numéro d'identification

36843

DOCUMENT DE TRAVAIL

Sénat. Paris. FRA

### **Le numéro unique d'identification des personnes physiques.**

Législation comparée

Paris : Sénat : 2007/12 : 30p.

Cote Irdes : B6333

<http://www.senat.fr/lc/lc181/lc181.pdf>

En France, toute personne est identifiée dès sa naissance par son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR). L'opposition de la CNIL à l'utilisation du NIR pour l'ensemble des démarches d'ordre administratif conduit à s'interroger sur l'existence d'un numéro unique d'identification des personnes physiques dans les principaux pays européens. Les pays suivants ont été pris en compte : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse. L'analyse des dispositions étrangères permet de faire apparaître trois groupes de pays : ceux qui ont introduit un numéro unique d'identification des personnes physiques, ceux qui ne l'ont pas fait mais qui utilisent un identifiant sectoriel comme numéro unique d'identification; ceux qui sont opposés à la création d'un numéro unique d'identification.

## ► **Index des auteurs**



## A

|  |                |
|--|----------------|
| Académie Nationale de Médecine.....  | 31             |
| Académie Nationale de Pharmacie. (A.N.P.).....   | 68             |
| Académie Nationale des Sciences.....   | 31             |
| ACHERBERG (P.W.).....  | 38             |
| ADDICOTT (R.).....   | 22             |
| AFONSO (A.).....   | 91             |
| Agence de la santé publique du Canada.....   | 82             |
| Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits<br>de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)..... | 69             |
| Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas de<br>Calais. (A.R.H.).....          | 55             |
| Agency for Healthcare Research and Quality.<br>(A.H.R.Q.).....                         | 21, 85         |
| ALBOUY (V.).....   | 103            |
| ALKIRE (S.).....   | 103            |
| AMOSSE (T.).....   | 43             |
| Amsterdam Center for Law and Economics.....  | 35             |
| ANCELLE-PARK (R.).....   | 31             |
| ANDERSSON (L.).....  | 97             |
| ANELL (A.).....  | 18             |
| ARRIETA (A.).....  | 102            |
| ASKENAZY (P.).....   | 107            |
| ASKHAM (J.).....   | 32             |
| ASSAILLY (J.P.).....   | 52             |
| Assemblée Nationale.....   | 26, 27, 29, 70 |
| ATUN (R.A.).....   | 20             |
| AUGURZKY (B.).....   | 76             |

## B

|  |        |
|--|--------|
| BAICKER (K.).....                              | 87     |
| BAILEY JOHNS (J.).....                         | 85     |
| BANKS (J.).....                                | 50     |
| BARNAY (T.).....                               | 47     |
| BARNEKOW (V.).....                             | 48     |
| BARROS (P.P.).....                             | 94     |
| Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.) | 60, 80 |
| BELL (C.).....                                 | 77     |
| BENETT (S.).....                               | 20     |
| BERCOT (R.).....                               | 58     |
| BERTEAU-RAPIN (C.).....                        | 29     |
| BIGOT (C.).....                                | 21     |
| BIHR (A.).....                                 | 52     |
| BLOCH (J.).....                                | 31     |
| BLOOM (D.E.).....                              | 86     |
| BOGAERT (H.).....                              | 106    |

|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| BORGES (I.).....                      | 45     |
| Boston University.....                | 87     |
| BOUDINEAU (C.).....                   | 47     |
| BOUREILLE (B.).....                   | 21     |
| BOYLE (S.).....                       | 18     |
| BRAITHWAITE (J.).....                 | 47     |
| BRAITHWAITE (V.).....                 | 47     |
| BRANDT (N.).....                      | 77     |
| BREKKE (K.).....                      | 64     |
| BROODER (J.M.).....                   | 38     |
| BROOKS (R.).....                      | 62, 63 |
| BRUNELLO (G.).....                    | 41     |
| BUCHMUELLER (T.).....                 | 80     |
| Bureau Fédéral du Plan. (B.F.P.)..... | 106    |
| BUR (Y.).....                         | 26, 27 |
| BUSSE (R.).....                       | 18     |
| BUTLER-JOHNS (D.).....                | 82     |
| BUTTET (P.).....                      | 54     |

## C

|  |                    |
|--|--------------------|
| CAI (L.).....  | 43, 47             |
| Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)  | 29                 |
| Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.<br>(C.N.S.A.).....                              | 52                 |
| CAMBERLIN (C.).....  | 80                 |
| Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.).....                                       | 33, 38, 60, 62, 82 |
| Canadian Medical Association.....  | 34                 |
| CANNING (D.).....  | 86                 |
| CARD (D.).....   | 84                 |
| CAR-HILL (R.).....   | 50                 |
| CARLTON (D.W.).....  | 107                |
| CARR-HILL (R.).....  | 99                 |
| CARTER (Y.).....   | 59                 |
| CARTWRIGHT-SMITH (L.).....   | 51                 |
| CASTRO COELHO (M.).....  | 95                 |
| Catholic University of Leuven.....   | 81                 |
| CAWLEY (J.).....   | 37, 40             |
| CAZEAU (B.).....   | 60                 |
| Center for Applied Economics and Policy Research.<br>(C.A.E.P.R.).....                           | 83                 |
| Center for Global international Regional Studies.<br>(C.G.I.R.S.).....                           | 50                 |
| Center for Spatial Economics.....  | 34                 |
| Centers for Disease Control and Prevention. (C.D.C.)...<br>104                                   |                    |
| Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les<br>Populations au Travail. (C.R.E.A.P.T.)..... | 43                 |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Centre de Recherches Politiques de la Sorbonne.....                             | 56                      |
| Centre d'Etudes de l'Emploi .....   | 43, 46                  |
| Centre for Health Economics. (C.H.E.).....                                      | 93, 99                  |
| Centre for Health Economics Research and Evaluation.<br>(C.H.E.R.E.).....       | 30, 78, 79, 80, 99, 100 |
| Centre for Market and Public Organisation. (C.M.P.O.)..                         | 61, 62                  |
| Centre International de Recherche en Economie de la<br>Santé. (C.I.R.E.S.)..... | 21, 47, 65, 72          |
| Centre International de Recherche sur le Cancer.<br>(C.I.R.C.) .....            | 75                      |
| CHALMERS-DIXON (P.).....  | 50                      |
| CHEVREUL (K.) .....   | 21, 72                  |
| CIVAN (A.).....   | 33                      |
| CLARK (R.).....   | 34, 86, 108             |
| CLEMENT (J.M.) .....  | 63                      |
| CLERC (P.).....   | 72                      |
| COGAN (F.) .....  | 84                      |
| COLLET (M.) .....   | 58                      |
| COLONNA (M.).....   | 21                      |
| Columbia University.....  | 49                      |
| Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. (C.H.S.S.)..                          | 28                      |
| Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.)                                | 39                      |
| Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.<br>(C.C.S.S.) .....              | 23                      |
| Commission Européenne. (C.E.).....  | 22, 71, 98, 101         |
| Commonwealth Fund .....   | 51, 86                  |
| Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion<br>Sociale. (C.E.R.C.) ..... | 108                     |
| Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.<br>(C.N.O.P.) .....                | 66                      |
| COSTA-FONT (J.) .....   | 82                      |
| COULTER (A.).....   | 32                      |
| Cour des Comptes.....   | 24, 26                  |
| CREPON (B.) .....   | 103                     |
| CURRIE (C.).....  | 48                      |
| CURRIE (D.).....  | 48                      |
| CURRIE (J.).....  | 36                      |

## D

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| DAB (W.).....                       | 44 |
| DANZON (P.M.).....                  | 74 |
| DARRI-MATTIACI (G.) .....           | 35 |
| DATTA (B.).....                     | 93 |
| DECICCA (P.) .....                  | 42 |
| DE GRAEVE (D.).....                 | 81 |
| Department of Health. (D.O.H.)..... | 94 |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| DEPLAUDE (M.O.).....     | 56  |
| DEPRET (M.H.).....       | 67  |
| DESQUIN (B.) .....       | 103 |
| DEVICTOR (B.).....       | 17  |
| DEWAR (S.) .....         | 22  |
| DHANASIRI (S.) .....     | 94  |
| DI NOVI (C.).....        | 86  |
| DIXON (J.).....          | 95  |
| DOBELL (L.G.) .....      | 88  |
| DOBKIN (C.).....         | 84  |
| DOCTEUR (E.).....        | 70  |
| DOIRON (D.) .....        | 79  |
| DOOR (J.P.).....         | 26  |
| DRENEAU (M.).....        | 53  |
| DRUMMOND (M.) .....      | 32  |
| DUFLOS (G.).....         | 78  |
| DUHOT (D.).....          | 72  |
| DUMONT (J.C.).....       | 90  |
| DURAN (A.).....          | 20  |
| DURAND-ZALESKI (I.)..... | 18  |

## E

|   |     |
|---|-----|
| EIBNER (C.) .....   | 85  |
| ELBAUM (M.) .....   | 25  |
| ELHEWAIHI (M.) .....  | 76  |
| ELICABE (R.) .....  | 53  |
| ELLIOTT (B.) .....  | 59  |
| ELLIOTT (C.).....   | 101 |
| EPSTEIN (A.J.).....   | 74  |
| Erasmus Research Institute of Management (E.R.I.M.).  | 74  |
| ESTES (C.).....   | 88  |
| ETILE (F.) .....  | 40  |
| European Agency for Safety and Health at Work.<br>(O.S.H.A.).....                           | 52  |
| European Federation of Allergy and Airways Diseases<br>Patients Association. (E.F.A.) ..... | 35  |
| Eurostat .....  | 75  |

## F

|  |            |
|--|------------|
| Faculté des Hautes Etudes Commerciales. (H.E.C.) ..  | 97         |
| FARRINGTON-DOUGLAS (J.).....   | 62, 63, 95 |
| Fédération des industries Electriques, Electroniques et<br>de Communication. (F.I.E.E.C.)..... | 75         |



|   |     |
|---|-----|
| Fédération Française des Sociétés d'Assurances.<br>(F.F.S.A.).....                                  | 24  |
| Fédération Nationale de la Mutualité Française.<br>(F.N.M.F.).....                                  | 67  |
| Fédération Nationale de l'Information Médicale<br>(F.N.I.M.).....                                   | 19  |
| FELIX (B.).....   | 75  |
| FERNANDES (S.).....   | 91  |
| FERON (H.).....   | 26  |
| FERRI (L.).....   | 28  |
| FIEBIG (D.).....  | 80  |
| FILIPPOVA (E.).....   | 106 |
| FISCHER (J.A.V.).....   | 42  |
| FLEMING (D.).....   | 101 |
| FLEURY (M.J.).....  | 88  |
| FLORIO (M.).....  | 99  |
| F.M.I.....  | 91  |
| FOMBARON (N.).....  | 101 |
| Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie | 25  |
| FONTAINE (D.).....  | 53  |
| FOREST (P.G.).....  | 88  |
| FOSTER (J.).....  | 103 |
| FRANK (R.).....   | 97  |
| FRENCH (S.).....  | 85  |
| Fundacion de Estudios de Economia Aplicada.<br>(F.E.D.E.A.).....                                    | 41  |

## G

|                      |            |
|----------------------|------------|
| GALBRAITH (A.).....  | 94         |
| GALLARAGA (O.).....  | 90         |
| GATTAZ (P.).....     | 75         |
| GAUMER (B.).....     | 88         |
| GAZIE (D.).....      | 56         |
| GEISS (R.).....      | 107        |
| GILBERT (R.).....    | 30         |
| GIL (J.).....        | 82         |
| GLIED (S.A.).....    | 26, 82     |
| GLINOS (I.A.).....   | 98         |
| GOBHAIMN (S.N.)..... | 48         |
| GODDARD (M.).....    | 93         |
| GODEAU (E.).....     | 48         |
| GOLDMAN (D.).....    | 63         |
| GOLLAC (M.).....     | 43         |
| GOODE (A.).....      | 36         |
| GORZA (M.).....      | 31         |
| GRANLUND (D.).....   | 34, 73     |
| GRAVELLE (H.).....   | 58, 59, 93 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| GREFF (C.).....       | 29  |
| GROGAN (C.M.).....    | 88  |
| GRUAZ (D.).....       | 53  |
| GRUBER (J.).....      | 84  |
| GUERIN-PACE (F.)..... | 106 |
| GUILBERT (A.).....    | 53  |
| GUNNARSSON (V.).....  | 91  |
| GUSMANO (M.K.).....   | 88  |
| GUYE (O.).....        | 53  |

## H

|   |            |
|---|------------|
| HAAS (M.).....  | 30         |
| HAERINGER (A.S.).....   | 53         |
| HAKKINEN (U.).....  | 89         |
| HALL (E.).....  | 62         |
| HAMDOUCH (A.).....  | 67         |
| HARPHAM (R.).....   | 45         |
| HART (P.).....  | 92         |
| HARVEY (S.).....  | 93, 96     |
| Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.).....                      | 31         |
| Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.<br>(H.C.A.A.M.)..... | 28, 67     |
| Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....                                  | 21, 23, 66 |
| Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.)...                     | 90         |
| HEBBRECHT (G.).....   | 72         |
| HENRIKSON (A.).....   | 97         |
| HERNANDEZ (M.).....   | 88         |
| HOFMARCHER (M.M.).....  | 19         |
| HOLE (A.).....  | 59, 93     |
| HOLLY (A.).....   | 103        |
| HOWARD (A.P.).....  | 88         |
| HUAS (C.).....  | 72         |
| HUBBARD (R.G.).....   | 84         |
| HURWORTH (R.).....  | 77         |
| HUYEZ-LEVRAT (G.).....  | 46         |
| HYDE (C.A.).....  | 88         |

## I

|   |                |
|---|----------------|
| Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail. (I.R.S.S.T.)..... | 65             |
| Institut d'Etudes des Politiques de Santé. (I.E.P.S.)...                    | 47             |
| Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.).....                                 | 50, 105        |
| Institute For Public Policy Research. (I.P.P.R.).....                       | 62, 63, 92, 95 |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).....                                       | 29, 36, 42, 43, 44, 101, 107 |
| Institute of Health Economics and Management.<br>(I.H.E.M.) .....                     | 103                          |
| Institute of Health Economics. (I.H.E.).....  | 100                          |
| Institute of Medicine. (I.O.M.) .....   | 86                           |
| Institut für Politikwissenschaft.....   | 19                           |
| Institut Montaigne .....  | 107                          |
| Institut National de la Santé et de la Recherche Médi-<br>cale. (I.N.S.E.R.M.).....   | 38                           |
| Institut National de la Statistique et des Etudes Econo-<br>miques. (I.N.S.E.E.)..... | 103                          |
| Institut National de Prévention et d'Education pour la<br>Santé. (I.N.P.E.S.) .....   | 54                           |
| Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.) ..                              | 53                           |
| Institut National de Veille Sanitaire. (I.V.S.).....                                  | 31                           |
| Institut National du Cancer. (I.N.C.A) .....  | 36                           |
| Institut Pasteur.....   | 38                           |
| Ipsos.....  | 19                           |
| IWAMI (M.) .....  | 59                           |

## J

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| JACQUAT (D.).....                | 26  |
| JEGU (J.).....                   | 18  |
| JOCHelson (K.).....              | 93  |
| John A. Hartford Foundation..... | 86  |
| JONES (G.) .....                 | 79  |
| JONES (K.).....                  | 51  |
| Joseph Rowntree Foundation.....  | 106 |
| JOUBERT (E.).....                | 58  |
| JUNG (J.).....                   | 83  |

## K

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| KAJANTIE (M.).....          | 89                 |
| KALO (Z.) .....             | 70                 |
| KENKEL (D.S.) .....         | 37, 42             |
| KESSLER (D.P.).....         | 84                 |
| King's Fund Institute ..... | 22, 92, 93, 95, 96 |
| KLAZINGA (N.).....          | 18                 |
| KLEIN (R.) .....            | 101                |
| KNAPP (M.).....             | 94                 |
| KOBAYASHI (K.) .....        | 48                 |
| KOKSAL (B.) .....           | 33                 |

|                    |    |
|--------------------|----|
| KOSTAS (G.).....   | 36 |
| KOTZIAN (P.).....  | 19 |
| KRUGER (N.A.)..... | 39 |

## L

|   |        |
|---|--------|
| LABALETTE (C.).....                               | 54     |
| LAFORCADE (M.).....                               | 18     |
| LAMIRAUD (K.).....                                | 97     |
| LANGLAIS (E.) .....                               | 35     |
| LAWTON-SMITH (S.).....                            | 94     |
| LECLUYSE (A.).....                                | 81     |
| LE CORROLLER-SORIANO (A.G.) .....                 | 36     |
| LEGIDA-QUIGLEY (H.) .....                         | 98     |
| LEMERY (Y.).....                                  | 53     |
| LEMMENS (A.).....                                 | 74     |
| LÉONARD (C.).....                                 | 80     |
| Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).....    | 67     |
| LEWIS (R.) .....                                  | 95     |
| LICHTENBERG (F.R.).....                           | 68, 78 |
| LIDDELL (A.) .....                                | 95     |
| LIN (Z.) .....                                    | 48     |
| LOGAN (T.D.).....                                 | 49     |
| London School of Health Economics. (L.S.E.) ..... | 82     |
| LUGARESI (S.).....                                | 91     |
| LU (M.).....                                      | 78     |
| LUNDBORG (P.).....                                | 44     |
| LYNCH (M.) .....                                  | 88     |

## M

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| MA (A.).....          | 58, 59      |
| MACE (J.M.).....      | 21, 65      |
| MAESTAS (N.).....     | 84          |
| MAKKAI (T.).....      | 47          |
| MALAVOLTI (L.) .....  | 36          |
| MALIKI.....           | 34          |
| MARCHAND (A.C.) ..... | 54          |
| MARINI (G.).....      | 93          |
| MARMOT (M.).....      | 50          |
| MARPSAT (M.).....     | 53          |
| MARQUEZ (P.V.).....   | 96          |
| MARTIKAINEN (P.)..... | 89          |
| MARTIN (J.P.).....    | 29          |
| MASON (A.).....       | 34, 86, 108 |
| MATHIOS (A.D.) .....  | 42          |

|  |            |
|--|------------|
| MATSUKURA (R.)   | 34         |
| MAURER (J.)  | 101        |
| MAVROMARAS (K.G.)  | 43         |
| MAYNARD (A.)   | 83         |
| MAZEROLLE (F.)   | 107        |
| MCCRONE (P.)   | 94         |
| MCD AID (D.)   | 32         |
| MCINTOSH (I.)  | 106        |
| MCKEE (M.)   | 98         |
| MCKENZIE (K.)  | 45         |
| MCKIE (J.)   | 77         |
| MCMAHON (L.)   | 96         |
| MEAD (H.)  | 51         |
| MEADS (G.)   | 59         |
| MEARA (E.)   | 87         |
| MEDINA (A.)  | 53         |
| MELSE (J.M.)   | 38         |
| MERLEN (E.)  | 28         |
| MERMILLIOD (C.)  | 36         |
| METTE (C.)   | 29         |
| MICHAUD (O.C.)   | 41         |
| MICHEAU (J.)   | 58         |
| Michigan Retirement Research Center (M.R.R.C.)                                     | 85         |
| Milbank Memorial Fund  | 104        |
| MILCENT (C.)   | 101        |
| MILON (A.)   | 65         |
| Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.) | 23, 42, 64 |
| Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.E.N.E.F.E.)              | 75         |
| Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.)               | 44         |
| Ministère de Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.)    | 44         |
| Ministry of Social Affairs and Health  | 89         |
| Mission Régionale de Santé Nord Pas de Calais. (M.R.S.)                            | 55         |
| Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (M.R.I.E.)                         | 53         |
| MOISE (P.)   | 70         |
| Monash University  | 64, 77     |
| MOORE (M.)   | 86         |
| MORGAN (A.)  | 48         |
| MORIN (E.)   | 65         |
| MORRIS (E.)  | 50         |
| MORRIS (S.)  | 59         |
| MOYNIHAN (R.)  | 104        |
| Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.)  | 55         |

## N

|  |  |
|--|--|
| National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.)                     | 26, 36, 40, 42, 49, 63, 68, 74, 78, 82, 84, 87 |
| National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.) | 38   |
| National Research and Development Centre for Welfare and Health      | 89   |
| NEMOTO (K.)  | 34   |
| NEWCOMER (R.J.)  | 88   |
| NIHTILA (E.)   | 89   |
| NOLTE (E.)   | 98   |
| NORMAN (R.)  | 100  |
| NORO (A.)  | 89   |
| Nucleo de Investigacao em Politicas Economicas. (N.I.P.E.)           | 64   |

## O

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Observatoire de la Santé des Etudiants de Grenoble. (O.S.E.G.)                 | 50                              |
| Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé                      | 20, 32, 98, 100                 |
| Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.)                 | 30                              |
| Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.) | 57, 58                          |
| Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. (O.R.S.)                     | 53                              |
| Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.)               | 55                              |
| O'DONNELL (O.)   | 88                              |
| OGAWA (N.)   | 34, 86, 108                     |
| OGZOGLU (U.)   | 43                              |
| OLDFIELD (Z.)  | 50                              |
| OLIVELLA (P.)  | 105                             |
| Orebro University  | 97                              |
| Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)        | 19, 41, 70, 77, 90              |
| Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)                                    | 20, 32, 33, 37, 48, 83, 98, 100 |
| Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (O.B.I.G.)               | 71                              |
| OVERNEY (L.)   | 53                              |
| Oxford Poverty and Human development Initiative. (O.P.H.I.)                    | 103                             |
| OXLEY (H.)   | 19                              |

## P

|   |         |
|---|---------|
| PALLEY (E.)                               | 88      |
| PARIS (C.)                                | 53      |
| Paris School of Economics (P.S.E.)        | 40, 101 |
| PARSONS (S.)                              | 32      |
| PATEL (A.)                                | 94      |
| PELLET (R.)                               | 21      |
| PELTOLA (M.)                              | 89      |
| PERIVIER (H.)                             | 30      |
| PERLOFF (J.M.)                            | 107     |
| PETILLAT (C.)                             | 28      |
| PFEFFERKORN (R.)                          | 52      |
| PHILIPSON (T.)                            | 40      |
| PHILIPPEN (S.)                            | 73      |
| PICHERAL (H.)                             | 21, 47  |
| PICKET (W.)                               | 48      |
| PIGEAUD (J.)                              | 59      |
| Plateforme Européenne des Personnes Agées | 45      |
| PLAZY (V.)                                | 53      |
| PLOQUIN (F.)                              | 28      |
| POMPEU PARETO (M.)                        | 87      |
| POSNER (R.)                               | 40      |
| PRINGLE (E.)                              | 101     |
| PROPPER (C.)                              | 61, 62  |
| PRUS (S.)                                 | 48      |

## R

|   |            |
|---|------------|
| RAMOS (C.)  | 51         |
| RAND Center for the Study of Aging                                      | 41         |
| Rand Corporation  | 35, 37, 85 |
| RAND Population Research Center   | 41         |
| RAYSSIGUIER (Y.)  | 18         |
| REISMAN (D.)  | 20         |
| Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsfor-<br>chung. (R.W.I.) | 76         |
| RICHARDSON (J.)   | 77         |
| RICHTER (M.)  | 48         |
| RIGAL (E.)  | 58         |
| ROBERFROID (D.)   | 80         |
| ROBERTS (C.)  | 48         |
| ROBERTSON (D.)  | 106        |
| ROBINE (J.M.)   | 47         |
| ROBINSON (V.)   | 50         |
| ROCHAIX (L.)  | 103        |
| ROCHEFORT (H.)  | 31         |
| ROMLEY (J.A.)   | 63         |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ROSENTHAL (M.)    | 87     |
| ROUESSE (JACQUES) | 31     |
| ROZARIO (P.A.)    | 88     |
| RUDHOLM (N.)      | 34, 96 |
| RUSTICELLI (E.)   | 19     |

## S

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| SAICHE (D.)  | 54                          |
| SAINSBURY (P.)   | 30                          |
| SAINSBURY (R.)   | 92                          |
| SALINAS (A.)   | 90                          |
| SANZ-DE-GALDEANO (A.)  | 41                          |
| SASA-RUBI (S.G.)   | 90                          |
| SAUZE (L.)   | 22                          |
| SAVAGE (E.)  | 78, 79, 99                  |
| SCAPECCHI (P.)   | 41                          |
| SCHAUMANS (C.)   | 81                          |
| SCHMITT (M.P.)   | 28                          |
| SCHOKKAERT (E.)  | 81                          |
| Sénat  | 26, 27, 46, 56, 60, 65, 108 |
| SESMA (S.)   | 90                          |
| SHARMA (A.)  | 64                          |
| SHRIMPTON (B.)   | 77                          |
| SIBBALD (B.)   | 59                          |
| SICARD (D.)  | 58                          |
| SICILIANI (L.)   | 64, 102                     |
| SIEGEL (B.)  | 51                          |
| SIMEONOVA (E.)   | 49                          |
| SIMINSKI (P.)  | 77                          |
| SKATUN (D.)  | 59                          |
| SKOLNIK (R.)   | 17                          |
| SMITH (J.P.)   | 37, 50                      |
| SMITH (M.)   | 36                          |
| SMITH (R.)   | 48                          |
| SMYTHE (J.)  | 106                         |
| Social and Economic Dimensions of an Aging Popula-<br>tion. (S.E.D.A.P.) | 48                          |
| Société Française de Médecine Générale. (S.F.M.G.)                       | 72                          |
| SOMERVILLE (R.)  | 34                          |
| South East Public Health Observatory. (S.E.P.H.O.)                       | 50                          |
| SOUZA-POSA (A.)  | 42                          |
| SPELSBERG (A.)   | 21                          |
| SPIESS (C.K.)  | 40                          |
| Stakes   | 89                          |
| STANLEY (K.)   | 92                          |
| Statistics Canada  | 38, 62                      |
| STOCKS (E.)  | 34                          |
| STORDEUR (S.)  | 80                          |

|   |            |
|---|------------|
| STRAUME (O.).....   | 64         |
| STREET (A.).....  | 99         |
| STREMERSCH (S.).....                                      | 74         |
| SUHRCKE (M.).....   | 32         |
| SUMAICO (A.).....   | 87         |
| SUNDIN (J.).....  | 96         |
| SUTTON (M.).....  | 58, 59, 61 |
| Swedish National Institute of Public Health. (S.N.I.P.H.) |            |
| 96  |            |
| Swedish Retail Institute. (H.U.I.).....                   | 34, 73, 96 |
| SWEET (M.).....   | 104        |

## T

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| TAUCHMANN (H.).....      | 76         |
| THOMAS (V.).....         | 28         |
| THORLBY (R.).....        | 95         |
| TIMMINS (N.).....        | 95         |
| Tinbergen Institute..... | 35, 73, 88 |
| TRAN (C.).....           | 83         |
| TRUONG (K.D.).....       | 35         |
| TUBEUF (S.).....         | 51         |
| TUGWELL (P.).....        | 50         |

## U

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Union Régionale d'Assurance Maladie Nord Pas de Calais. (U.R.C.A.M.).....   | 55                      |
| Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.)..... | 55                      |
| United States General Accounting Office. (G.A.O.)....                       | 73                      |
| Universidade do Minho.....  | 64                      |
| Universidade Nova de Lisboa.....  | 94                      |
| Universita' del Piemonte Orientale.....                                     | 86                      |
| Université Aix-Marseille II.....  | 51                      |
| Université de Lausanne.....   | 97                      |
| Université Louis Pasteur.....   | 38, 54                  |
| Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.....                                   | 56                      |
| University College Dublin.....  | 37                      |
| University of Bristol.....  | 61, 62                  |
| University of Edinburgh.....  | 48                      |
| University of Melbourne.....  | 47                      |
| University of Munich.....   | 35, 87, 94              |
| University of Reading Business School.....                                  | 92                      |
| University of Technology.....   | 30, 78, 79, 80, 99, 100 |
| University of Wollongong.....   | 77                      |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| University of York.....                       | 58, 59, 90, 93, 99, 102 |
| US Census Bureau.....                         | 105                     |
| US Department of Health and Human Services... | 21, 85                  |

## V

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| VAN DER VILK (E.A.)..... | 38         |
| VAN DE VOORDE (C.).....  | 80, 81     |
| VAN DOORSLAER (E.).....  | 88         |
| VAN GOOLE (K.).....      | 30         |
| VAN KIPPERLUIS (H.)..... | 88         |
| VAN OURTI (T.).....      | 81, 88     |
| VAN REENEN (J.).....     | 62         |
| VARGAS (M.H.).....       | 76         |
| VASSELLE (A.).....       | 26, 27, 46 |
| VASSEUR (A.).....        | 60         |
| VELLA (F.).....          | 101        |
| VERA-HERNANDEZ (M.)..... | 105        |
| VERHOEVEN (M.).....      | 91         |
| VERMEERSCH (A.).....     | 73         |
| VINEY (R.).....          | 99, 100    |
| VON GOOL (K.).....       | 79         |
| VRANGBAEK (K.).....      | 18         |
| VRIJENS (F.).....        | 80         |

## W

|                      |    |
|----------------------|----|
| WHITEHOUSE (E.)..... | 29 |
| WHITNALL (C.).....   | 61 |
| WILKINSON (R.).....  | 45 |
| WILLNER (S.).....    | 96 |
| WINDMEIJER (F.)..... | 61 |
| WOELFING (C.).....   | 28 |
| WOODS (K.).....      | 51 |
| World Bank.....      | 96 |

## Y

|              |    |
|--------------|----|
| YA (Q.)..... | 93 |
|--------------|----|

# Z

ZURN (P.) ..... 90

## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**





# A

- ▶ **A.F.S.S.A.P.S.** (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits du santé)  
(ex Agence du Médicament)  
(Les Commissions de transparence et d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps ont été rattachés à l'H.A.s)  
Unité de Documentation  
143-147, Bd Anatole France  
93285 St Denis cedex  
Tél. : 01 49 77 38 20  
Fax : 01 49 77 26 13  
[wb.internet@afssa.fr](mailto:wb.internet@afssa.fr)  
<http://afssaps.sante.fr/>
- ▶ **A.H.R.Q.** (Agency for Healthcare Research and Quality)  
540 Gaither Road  
Rockville, MD 20850  
Etats-Unis  
Tél. : (301) 427 1364  
<http://www.ahrq.gov>

- ▶ **ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE**

16, rue Bonaparte  
75272 Paris cedex 06  
Tél. : 01 42 34 57 70  
Fax : 01 40 46 87 55  
<http://www.academie-medecine.fr>

- ▶ **ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE**

4, avenue de l'Observatoire  
75270 Paris Cedex 06  
Tél. : 01 43 25 54 49  
Fax : 0 1 43 29 45 85  
Email : [info@acadpharm.org](mailto:info@acadpharm.org)  
<http://www.acadpharm.org>

- ▶ **ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE** (Canada)

Agence de la santé publique du Canada  
130, chemin Colonnade  
IA 6501H  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
Canada  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>

- ▶ **AGE - PLATEFORME EUROPÉENNE DES PERSONNES ÂGÉES**

Rue Froissart 111  
B-1040 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : +32 2 280 14 70  
Email : [info@age-platform.org](mailto:info@age-platform.org)  
<http://www.age-platform.org>

- ▶ **ASSEMBLÉE NATIONALE**

126, rue de l'Université  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 63 60 00  
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

- ▶ **ASSOCIATION POUR L'ETUDE DE L'HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

1, rue Fontenoy  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 56 46 35

# B

- ▶ **BANQUE MONDIALE**

1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 477 1234  
Fax : 00 1 202 477 6391  
email : [books@worldbank.org](mailto:books@worldbank.org)  
<http://www.worldbank.org>  
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de recherche des documents et rapports)  
<http://econ.worldbank.org/> (documents de recherche sur la Banque mondiale)

- ▶ **BELLES LETTRES** (Editions Les)

95 boulevard Raspail  
75006 Paris  
Tél. : 01 44 39 84 20  
<http://www.lesbelleslettres.com/>

- ▶ **BUREAU FÉDÉRAL DU PLAN** (BFP)

Kunstlaan/Avenue des Arts 47-49  
1000 Bruxelles  
Belgique  
<http://www.plan.be>

# C

- ▶ **C.A.E.P.R.** (Center for Applied Economics and Policy Research)  
Department of Economics  
Indiana University  
Bloomington, Indiana, 47405  
Etats-Unis  
<http://www.indiana.edu/~caepr/>
  
- ▶ **C.C.M.S.A.** (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Documentation générale  
40, rue Jean-Jaurès  
73547 Bagnolet cedex  
Tél. : 01 41 63 80 67  
<http://www.msa.fr>
  
- ▶ **C.E.E.** (Centre d'Etude de l'Emploi)  
Immeuble Le Descartes 1  
29, promenade Michel-Simon  
93166 Noisy-Le-Grand cedex  
Tél. : 01 45 92 68 97  
Fax : 01 49 31 02 44  
<http://www.cee-recherche.fr>
  
- ▶ **C.H.E.** (Centre for Health Economics)  
University of York  
The Publications Office  
Heslington  
York YO1 5DD  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1904 433 648  
<http://www.york.ac.uk/inst/che/>
  
- ▶ **C.I.H.I.** (Canadian Institute for Health Information)/ **I.C.I.S.** (Institut Canadien d'Information sur la Santé)  
377, rue Dalhousie, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1N 9N8  
Canada  
Tél. : 00 1 613 241 8120  
Fax : 00 1 613 241 8120  
<http://www.cihi.ca>
  
- ▶ **C.I.R.C.** (Centre International de Recherche sur le Cancer)  
150, cours Albert Thomas  
69372 Lyon  
Tél. : 04 72 73 84 85  
Fax : 04 72 73 85 75  
<http://www.iarc.fr/>
  
- ▶ **C.M.P.O.** (Centre for Market and Public Organisation)  
University of Bristol  
Bristol Institute of Public Affairs BIPA  
2 Priory Road  
Bristol, BS8 1TX  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 117 33 10799  
Email : [cm-po-office@bristol.ac.uk](mailto:cm-po-office@bristol.ac.uk)  
<http://www.bris.ac.uk/Depts/CMPO/>
  
- ▶ **C.N.O.P.** (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)  
4, Avenue Ruysdaël  
75379 Paris Cedex 08  
Tél. : 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr>
  
- ▶ **C.N.S.A.** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)  
66 avenue du Maine  
75682 Paris cedex 14  
Tél. : 01 53 91 28 00  
<http://www.cnsa.fr>
  
- ▶ **CADR'AGE**  
CNAVTS  
110 rue de Flandre  
75951 Paris cedex 19  
Canadian Medical Association  
1867 Alta Vista Drive  
Ottawa, ON, K1G 3Y6  
Canada  
[http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/121/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/121/la_id/1.htm)
  
- ▶ **CATHOLIC UNIVERSITY OF LEUVEN**  
Department of Economics  
Naamsestraat 69  
3000 Leuven  
Belgique  
Email : [ces@econ.kuleuven.be](mailto:ces@econ.kuleuven.be)  
<http://www.econ.kuleuven.be/>
  
- ▶ **CENTER FOR GLOBAL INTERNATIONAL REGIONAL STUDIES** (C.G.I.R.S)  
University of California  
1156 High Street  
303 Social Sciences 1  
Santa Cruz CA 95064  
Etats-Unis  
<http://www2.ucsc.edu/cgirs/>



**D CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS  
RESEARCH AND EVALUATION  
(C.H.E.R.E.)**

PO Box  
123 Broadway NSW 2007  
Level 2, block D, building 5  
1-59 quay Street Haymarket NSW 2000  
Sydney  
Australie  
Tél. : 61 2 95 15 4720  
Email : [mail@chere.uts.edu.au](mailto:mail@chere.uts.edu.au)  
<http://www.chere.uts.edu.au>

**D COLUMBIA UNIVERSITY**

Department of Economics  
1022 International Affairs Building  
420 West 118th Street  
New York, NY 10027  
Etats-Unis  
Tél. : (212) 854-3680  
Fax: (212) 854-8059  
<http://www.columbia.edu/cu/economics/>

**D COMMISSION EUROPÉENNE**

Direction générale Emploi et Affaires Sociales  
Unité «Communication»  
Centre de documentation  
B-1049 Bruxelles  
Belgique  
Fax : 00 32 2 296 23 93  
Publications DG Emploi et Affaires sociales :  
[empl-info@cec.eu.int](mailto:empl-info@cec.eu.int)  
**Commission européenne :**  
[http://europa.eu.int/comm/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/index_fr.htm)  
DG Emploi et affaires sociales :  
[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/index\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_fr.html)  
Commission européenne  
Enterprise Directorate General

**D COMMONWEALTH FUND (The)**

One east 75<sup>th</sup> street  
New York, NY 10021.2692  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 535 0400  
Fax : 00 1 212 606 3500  
email : [cmwf@cmwf.org](mailto:cmwf@cmwf.org)  
<http://www.cmwf.org>

**D COUR DES COMPTES**

13, rue Cambon  
75001 Paris  
Tél. : 01 42 98 95 00  
Fax : 01 42 60 01 59  
<http://www.ccomptes.fr/>

**D D.G.S., (DIRECTION GÉNÉRALE DE LA  
SANTÉ)**

Ministère de la Santé, de la Famille et des  
Personnes Handicapées  
14, av. Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
Tél. : 01 40 56 60 00  
<http://www.sante.gouv.fr>

**D D.H.O.S. (Direction de l'Hospitalisation et de  
l'Organisation des Soins)**

Ministère de la Santé  
Tél. : 01 40 56 60 00  
Fax : 01 40 56 49 63  
De Boeck Université  
Fond Jean-Pâques 4  
B-1348 Louvain-la-Neuve  
Belgique  
Tél. : 00 32 10 48 25 11  
Fax : 00 32 10 48 26 93  
Diffusion en France  
89 bd Auguste Blanqui  
75013 Paris  
Tél. : 01 72 36 41 60  
[commande@deboeckdiffusion.com](mailto:commande@deboeckdiffusion.com)  
<http://universite.deboeck.com/>

**D DÉCOUVERTE (EDITIONS LA)**

9 bis, rue Abel Hovelacque  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 08 84 00  
Fax : 01 44 08 84 17  
Email : [ladecouverte@ladecouverte-syros.com](mailto:ladecouverte@ladecouverte-syros.com)  
<http://www.editionsladecouverte.fr>

**D DEPARTMENT OF HEALTH (D.O.H.)**

Customer services  
Richmond House  
79 Whitehall  
London SW1A 2NS  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 020 7210 4850  
Email : [dhmail@dh.gsi.gov.uk](mailto:dhmail@dh.gsi.gov.uk)  
<http://www.doh.gov.uk/>

**D DOCUMENTATION FRANÇAISE (La)**

Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>  
Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

## E

- ▶ **E.H.E.S.P.** (Editions)  
Avenue du Professeur Léon-Bernard  
CS 74312  
35043 Rennes cédex  
Tél. : 02 99 54 90 98  
Fax : 02 99 54 22 84  
<http://www.presses.ehesp.fr/>
- ▶ **EDITIONS DE L'AUBE**  
Le Moulin du Château  
BP32  
84240 La-Tour-d'Aigues  
Tél. : 04 90 07 46 60  
Fax : 04 90 07 53 02  
<http://www.aube.lu/web3/pages/1024/frameset.html>
- ▶ **EDITIONS FAYARD**  
13, rue du Montparnasse  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 82 00  
<http://www.fayard.fr/Site/CtlPrincipal>
- ▶ **EDWARD ELGAR PUBLISHING LIMITED**  
**Glensanda House**  
**Montpellier Parade**  
**Cheltenham Glos GL50 1UA UK**  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1242 226 934  
<http://www.e-elgar.co.uk>
- ▶ **ELSEVIER (EDITIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES)**  
Elsevier Masson S.A.S.  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux cedex  
Tél. : 01 71 16 55 55  
<http://www.elsevier.fr/html/index.cfm>
- ▶ **ENS3S** (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)  
27 rue des Docteurs Charcot  
42031 St-Etienne Cedex 2  
Tél. : 04 77 81 15 15  
Fax : 04 77 81 15 00  
Email : [en3s@en3s.fr](mailto:en3s@en3s.fr)  
Contact CIREs :  
Mme Dominguez : 04 77 81 18 30  
<http://www.en3s.fr/>
- ▶ **ERASMUS RESEARCH INSTITUTE OF MANAGEMENT**  
RSM Erasmus University / Erasmus School of Economics  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
P.O. Box 1738  
3000 DR Rotterdam  
Pays-Bas  
Tél. : + 31 10 408 1182  
Fax: + 31 10 408 9640  
Email: [info@erim.eur.nl](mailto:info@erim.eur.nl)  
<http://www.erim.eur.nl>
- ▶ **ETUDES HOSPITALIÈRES (LES)**  
38, rue du Commandant Charcot  
33000 Bordeaux Centre  
Tél. : 05 56 98 85 79  
Fax : 05 56 96 88 79  
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>
- ▶ **EUROHEALTH**  
Rédaction et diffusion : LSE Health and Social Care  
London School of Economics and Political Science  
Houghton Street  
London WC2A 2AE  
Royaume-Uni  
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/documents/eurohealth.htm>
- ▶ **EUROPEAN FEDERATION OF ALLERGY AND AIRWAYS DISEASES PATIENTS ASSOCIATION (E.F.A.)**  
Central Office  
Avenue Louise 327  
1050 Bruxelles  
Belgique  
Email: [efaoffice@skynet.be](mailto:efaoffice@skynet.be)  
<http://www.efanet.org>

## F

- ▶ **F.E.D.E.A.** (Fundacion de Estudios de Economia Aplicada)  
C/ Jorge Juan, 46  
28001 Madrid  
Espagne  
Tél. : +34 914359020  
Email : [carias@fedea.es](mailto:carias@fedea.es)  
<http://www.fedea.es/>

- ▶ **F.F.S.A.** (Fédération française des sociétés d'assurance)  
26, bd Hausmann  
75009 Paris  
Tél. : 01 42 47 90 00  
<http://www.ffsa.fr/>

- ▶ **F.I.E.C.C.** (Fédération des Industries Electriques Electroniques et de Communication)  
11 – 17, rue Hamelin  
75016 Paris  
Email : [comm@fieec.fr](mailto:comm@fieec.fr)  
<http://www.fieec.fr/>

- ▶ **F.M.I.** (Fonds Monétaire International)  
700 19th Street, N.W.,  
Washington, D.C. 20431  
Etats-Unis  
Tél. : (202) 623-7430  
Email : [publications@imf.org](mailto:publications@imf.org)  
<http://www.imf.org/>

- ▶ **F.N.M.F.** (Fédération Nationale de la Mutualité Française)  
255, rue de Vaugirard  
75719 Paris cedex 15  
Tél. : 01 40 43 30 30  
Email : [webmail@mutualite.fr](mailto:webmail@mutualite.fr)  
<http://www.mutualite.fr/>

- ▶ **FLAMMARION-MÉDECINE-SCIENCES**  
Le sequana  
87 quai Panhard et Levassor  
75 647 Paris cedex 13  
Tél. : 01 40 51 30 08  
Fax : 01 43 25 01 18  
<http://medecine.flammarion.com/>

- ▶ **FONDS CMU** (ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)  
Tour Onyx  
10, rue Vandrezanne  
75013 Paris  
Tél. : 01 58 10 11 90  
Fax : 01 58 10 11 99  
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

## G

- ▶ **G.A.O.** (US General Accounting Office)  
441 G Street NW, Room LM  
Washington DC 20548  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 512 6000  
Fax : 00 1 202 512 6061  
<http://www.gao.gov/>

- ▶ **GRENOBLE UNIVERSITÉS**  
470 avenue de la Bibliothèque  
BP 52 – Domaine Universitaire  
38402 St Martin-d'Hères cedex  
Tél. : 04 76 82 83 84  
[contact@grenoble-universites.fr](mailto:contact@grenoble-universites.fr)  
<http://www.grenoble-universites.fr>

## H

- ▶ **H.A.S.** (Haute Autorité de santé)  
2, avenue du Stade de France  
**93218 Saint-Denis La Plaine Cedex**  
Tél. : 01 55 93 70 00  
Fax : 01 55 93 74 00  
[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j\\_5](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5)

- ▶ **H.C.A.A.M.** (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie)  
**Adresse postale :**  
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
14 avenue Duquesnes  
75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 56 00

Fax 01 40 56 59 55

**Locaux HCAAM:**

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

7 rue Saint-Georges - 5ème étage

75009 Paris

<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>

▶ **H.C.S.P.** (Haut Comité de la Santé Publique)

Adresse postale

14, avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

Bureaux

18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon

75014 Paris

Tél. : 01 40 56 79 80

Tél. : ADSP : 01 40 56 79 56

Fax : 01 40 56 79 49

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil>

▶ **H.U.I.** (Swedish Retail Institute)

Regeringsgatan 60

103 29 Stockholm

Suède

Tél. : +46 (0)8 762 72 80

Fax: +46 (0)8 679 76 06

Email: [info@hui.se](mailto:info@hui.se)

<http://www.hui.se/>

▶ **HER MAJESTY'S STATIONERY OFFICE**

PO Box 29

Norwich

NR3 1GN Royaume-Uni

Tél. : 0870 600 5522

Fax: 0870 600 5533

<http://www.opsi.gov.uk/>

## I

▶ **I.F.S.** (Institut for Fiscal Studies)

7 Ridgmount Street

London WC 1E 7AE

Royaume-Uni

Tél. : 020 7291 4800

<http://www.ifs.org.uk/index.php>

▶ **I.N.C.A** (Institut National du Cancer)

52, avenue André-Morizet

92513 Boulogne-Billancourt cedex

Tél. : 01 41 10 50 00

<http://www.e-cancer.fr/>

▶ **I.N.E.D.** (Institut National des Etudes Démographiques)

133, boulevard Davout

75020 Paris cedex

Tél. : 01 56 06 20 00

Fax : 01 56 06 21 99

<http://www.ined.fr>

▶ **I.N.P.E.S.** (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)

(Ex : CFES, **Centre Français d'Education pour la Santé**)

42, Bd de la Libération

93203 St Denis cedex

Tél. : 01 49 33 22 22

<http://www.inpes.sante.fr>

▶ **I.N.S.E.E.** (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

18, boulevard Adolphe-Pinard

75675 Paris cedex 13

Tél. : 01 41 17 50 50

<http://www.insee.fr>

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A

195, rue de Bercy

75582 Paris cedex 12

Tél. : 01 41 17 66 11 / 0825 889 452

Fax : 01 53 17 88 09

[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)

▶ **I.N.V.S.** (Institut de Veille Sanitaire)

12 rue du Val d'Osne

94415 St Maurice cedex

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

<http://www.invs.sante.fr>

▶ **I.P.P.R.** (Institute for Public Policy)

30-32 Southampton Street

London WC2E 7RA

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 20 7470 6100

<http://www.ippr.org.uk>

- D **I.S.E.G.** (Instituto Superior de Economia e Gestao)  
 R. Miguel Lúpi, 20  
 room 111  
 1249-078 Lisboa  
 Portugal  
[http://www.iseg.utl.pt/departamentos/economia/ing\\_index.php](http://www.iseg.utl.pt/departamentos/economia/ing_index.php)
- D **I.R.S.S.T.** (Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail du Québec)  
 505, boulevard de Maisonneuve Ouest  
 H3A 3C2 Montréal (Québec)  
 Canada  
 Tél. : 00 1 514 288 1551  
<http://www.irsst.qc.ca/>
- D **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO**  
 Rédaction et diffusion : Altédia  
 5, rue de Milan  
 75319 Paris cedex 09  
 Tél. : 01 44 91 50 00  
 Fax : 01 44 91 50 01  
[http://www.altedia.fr/altedia\\_fr.nsf/\(lookframes\)/accueil](http://www.altedia.fr/altedia_fr.nsf/(lookframes)/accueil)
- D **Imago (Editions)**  
 7, rue Suger  
 75006 Paris  
 Tél. : 01 46 33 15 33  
 Fax : 01 60 23 87 51  
[info@editions-imago.fr](mailto:info@editions-imago.fr)  
<http://www.editions-imago.fr/>
- D **INSTITUT MONTAIGNE**  
 38, rue Jean Mermoz  
 75008 Paris  
 Tél. : 01 58 18 39 29  
 Fax : 01 58 18 39 28  
 e-mail : [info@institutmontaigne.org](mailto:info@institutmontaigne.org)  
<http://www.institutmontaigne.org/>
- D **INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS** (I.H.E.)  
 10405 Jasper Avenue  
 Edmonton, Alberta  
 Canada T5J 3N4  
 Tél. : 00 1 780 448 4881  
 Fax : 00 1 780 448 0018  
<http://www.ihe.ca/>
- D **INSTITUTE FOR THE STUDY OF LABOR / FORSCHUNGSINSTITUT ZUR ZUKUNFT DER ARBEIT** (I.Z.A.)  
 Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9  
 PO Box 7240  
 53072 Bonn  
 Allemagne  
 Tél. : 00 49 228 3894 0  
 Fax : 00 49 228 3894 510  
 Email : [iza@iza.org](mailto:iza@iza.org)  
<http://www.iza.org/>
- D **INSTITUT FÜR POLITIKWISSENSCHAFT**  
 Residentzschloss  
 64283 Darmstadt  
 Allemagne  
<http://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/>
- D **IPSOS FRANCE**  
 35 Rue du Val de Marne  
 75628 Paris Cedex 13  
 Tél. : 01 41 98 90 00  
 Fax : 01 41 98 99 99  
<http://www.ipsos.fr/>
- J
- D **JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS**  
 116 Pentonville Road  
 London N1 9JB  
 Royaume-Uni  
 Tél. : +44 (020) 7833 2307  
 Fax: +44 (020) 7837 2917  
 Email: [post@jkp.com](mailto:post@jkp.com)  
<http://www.jkp.com/>
- D **Jones and Bartlett Publishers**  
 40 Tall Pine Drive  
 Sudbury, MA 01776  
 Etats-Unis  
 Email : [info@jbpub.com](mailto:info@jbpub.com)  
<http://www.jbpub.com/>
- D **JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION**  
 The Homestead  
 40 Water End  
 York, North Yorkshire  
 YO30 6WP  
 Royaume-Uni  
 Tél. : +44 (0)1904 629241

Fax: +44 (0)1904 620072  
<http://www.jrf.org.u>

## K

- ▶ **KCE** (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé)

Résidence Palace  
Wetstraat 155  
Rue de la Loi  
B-1040 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 287 33 88  
<http://www.kenniscentrum.fgov.be>

- ▶ **KING'S FUND INSTITUTE**

11-13 Cavendish Square  
London W1M OAN  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7307 2400  
Fax : 00 44 20 7307 2801  
<http://www.kingsfund.org.uk>

## L

- ▶ **L.E.E.M. EDITIONS**

Siège social :  
15 rue Rieux  
92100 Boulogne-Billancourt  
Email : [contact@leem-services.com](mailto:contact@leem-services.com)  
<http://www.leem-services.com>

## M

- ▶ **M.R.I.E** (Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion)

14 rue Passet  
69007 Lyon  
Tél. : 04 37 65 01 93  
Email : [mrie@mrie.org](mailto:mrie@mrie.org)  
<http://www.mrie.org>

- ▶ **M.S.S.P.S.** (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)

Direction de la Sécurité Sociale  
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale  
8, av. de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
Tél. : 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)  
Tél. : 01 40 56 73 63 (secrétariat)  
<http://www.sante.gouv.fr>

- ▶ **MELBOURNE INSTITUTE OF APPLIED ECONOMICS AND SOCIAL RESEARCH**

Alan Gilbert Building  
The University of Melbourne Parkville  
Victoria 3010  
Australie  
Tél. : +61 3 8344 2100  
Fax: +61 3 8344 2111  
<http://www.melbourneinstitute.com>

- ▶ **MICHIGAN RETIREMENT RESEARCH CENTER**

University of Michigan  
P.O. Box 1248  
Ann Arbor, MI 48104  
Etats-Unis  
<http://www.mrrc.isr.umich.edu/>

- ▶ **MILBANK MEMORIAL FUND**

645 Madison Avenue  
New York  
NY 10022  
Etats-Unis  
<http://www.milbank.org>

- ▶ **MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ**

14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
Tél. : 01 40 56 60 00  
<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>

- ▶ **MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL**

127, rue de Grenelle  
75700 Paris  
Tél. : 01 44 38 38 38  
Fax : 01 44 38 20 20  
<http://www.travail.gouv.fr/>



► **MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH** (Finlande)

Meritullinkatu 8, Helsinki  
P.O. Box 33  
FI-00023 Government  
Finlande  
Tél. : +358 9 160 73904  
[http:// www.stm.fi /english](http://www.stm.fi/english) > Publications

► **MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ NORD-PAS-DE-CALAIS**

Secrétariat  
2 rue de Tenremonde  
59042 Lille cédex

► **MONASH UNIVERSITY**

Center for Health Economics  
Building 75  
Clayton, Victoria 3800  
Australie  
<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/che-publications.html>

► **MUNICH PERSONAL REPECH ARCHIVE**

**Munich University Library**  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 Munich  
Allemagne  
<http://mpr.a.ub.uni-muenchen.de/>

## N

► **N.B.E.R.** (National Bureau of Economic Research)

1050 Massachusetts Avenue  
Cambridge MA 02138  
Etats Unis  
Tél. : 001 617 588 0315  
Fax : 001 617 441 3895  
<http://www.nber.org>

► **N.I.P.E.** (Nucleo de Investigacao em Politicas Economicas)

Escola de Economia e Gestao Universidade do Minho  
Campus de Gualtar  
4710 057 Braga  
Portugal

## O

► **O.C.D.E. (LES EDITIONS)**

Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents.

Les publications sont diffusées par...

**Librairie de l'OCDE en ligne**

Pour acheter en ligne monographies et publications en série  
<http://www.ocdelibrairie.org> / <http://www.oecdbookshop.org>

Documents en ligne :

<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne

**Autres diffuseurs...**

**Monographies**

Documentation Française (La)

Librairie de Paris

29, Quai Voltaire

75007 Paris

Tél. : 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 72 30

email : [libparis@ladocfrancaise.gouv.fr](mailto:libparis@ladocfrancaise.gouv.fr)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> =>

rechercher sur « OCDE »

Abonnements (publications en série, documents de travail... ) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive

Stratton Business Park

Biggleswade

Bedfordshire, SG18 8TQ

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 1767 604 800

Fax : 00 44 1767 601 640

Email : [turpin@turpin-distribution.com](mailto:turpin@turpin-distribution.com)

<http://www.turpin-distribution.com>

Consultation des documents : à la

Documentation Française

► **O.F.C.E.** (Observatoire Français des Conjonctures Economiques)

69, Quai d'Orsay

75007 Paris

Tél. : 01 45 56 06 15

Fax : 01 44 18 54 02

<http://www.ofce.sciences-po.fr>

► **O.N.D.P.S.** (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget

18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon

75014 Paris  
Tél. : : 01 40 56 89 27 et 89 36  
[http:// www.sante.gouv.fr/ondps](http://www.sante.gouv.fr/ondps)

▶ **O.M.S.** (Organisation Mondiale de la Santé)

Avenue Appia  
CH 1211 Genève 27  
Suisse  
Tél. : 00 41 22 791 21 11  
<http://www.who.int/en/>  
<http://bookorders.who.int/bookorders/index.htm>  
(diffuseurs en France)  
O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)  
Bureau régional de l'Europe  
8, Scherfigsvej  
2100 Copenhague  
Danemark  
Tél. : 00 45 39 17 17 17  
Fax : 00 45 39 17 18 18

▶ **O.P.H.I** (Oxford Poverty and Human development Initiative)

Queen Elisabeth House  
Department of International Development  
3 Mansfield Road  
Oxford  
Royaume –Uni  
<http://www.ophi.org.uk>

▶ **O.R.S. DES PAYS DE LA LOIRE**  
(Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire)

Hôtel de la Région  
1, rue de la Loire  
44966 Nantes cedex 9  
Tél. : 02 51 86 05 60  
Fax : 02 02 51 86 05 61  
Email : [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com)  
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

▶ **O.R.S.R.A.** (Observatoire régional de la Santé Rhône-Alpes)

Espace régional de santé publique  
9 quai Jean Moulin  
69001 Lyon  
Tél. : 04 72 07 46 20  
Fax 04 72 07 46 21  
Email : [courrier@ors-rhone-alpes.org](mailto:courrier@ors-rhone-alpes.org)  
<http://www.ors-rhone-alpes.org/>

▶ **O.S.H.A.** (European Agency for Safety and Network)

European Agency for Safety and Health at Work  
Gran Via 33  
48009 Bilbao

Espagne  
Tél. : 00 34 94 479 43 60  
Fax : 00 34 94 479 43 83  
<http://osha.europa.eu/en>

▶ **OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES COMMUNAUTÉS EUROPEENNES**

2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
Tél. : 00 352 29 29-1  
Fax: 00 352 29 29-44619  
[http://publications.eu.int/index\\_fr.html](http://publications.eu.int/index_fr.html)  
Réseau d'agents de vente : [http://publications.eu.int/others/sales\\_agents\\_en.html](http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html) => France

## P

▶ **P.S.E.** (Paris School of Economics)

48 boulevard Jourdan  
75014 Paris  
Tél. : 01 43 13 63 00  
Fax: 01 43 13 63 10  
Email: [accueil@pse.ens.fr](mailto:accueil@pse.ens.fr)  
<http://www.pse.ens.fr/>

▶ **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE** (PUF)

6, avenue Reille  
75685 Paris Cedex 14  
Tél. : 01.58.10.31.00  
Fax : 01.58.10.31.82  
<http://www.puf.com/>

## R

▶ **R.W.I.** (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)

Hohenzollernstrasse 1/3  
D-45128 Essen  
Allemagne  
Tél. : 00 49 201 81 49 0  
Fax : 00 49 201 81 49 200  
Email : [rwi@rwi-essen.de](mailto:rwi@rwi-essen.de)  
<http://www.rwi-essen.de/>

▶ **RADCLIFFE PUBLISHING**

18, Marcham Road  
Abingdon  
Oxford OX14 1AA  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1235 528 820  
Fax : 00 44 1235 528 830  
Email : [contactus@radcliffemed.com](mailto:contactus@radcliffemed.com)  
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

▶ **RAND CORPORATION**

Publications customer services  
1776 Main Street  
PO Box 2138  
Santa Monica CA 90407-2138  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 310 451 7002  
Fax : 00 1 412 802 4981  
Email : [order@rand.org](mailto:order@rand.org)  
<http://www.rand.org>

▶ **R.I.V.M.** (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / Public health environment and nature)

Centre for Public Health Forecasting  
PO Box 1  
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9  
3720 BA Bilthoven  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 30 374 91 11  
Fax: 00 31 30- 274 29 71  
Email : [info@rivm.nl](mailto:info@rivm.nl)  
<http://www.rivm.nl/>

## S

▶ **S.E.P.H.O.** (South East Public Health Observatory)

4150 Chancellor Court  
Oxford Business Park South  
Oxford OX4 2GX  
Royaume-Uni  
<http://www.sepho.org.uk>

▶ **S.F.M.G.** (Société Française de Médecine Générale)

141, avenue de Verdun  
92130 Issy Les Moulineaux  
Tél. : 01 41 90 98 20  
Fax : 01 41 90 07 82  
<http://www.sfmfg.org>

▶ **SÉNAT**

15, rue de Vaugirard  
75292 Paris cedex 06  
Tél. : 01 42 34 20 00  
Espace librairie  
20 rue de vaugirard 75006 PARIS  
Tél. : 01 42 34 21 21  
email : [espace-librairie@senat.fr](mailto:espace-librairie@senat.fr)  
<http://www.senat.fr>

▶ **STAKES**

National Research and Development Centre for Welfare and Health  
Po Box 220  
00531 Helsinki  
Lintulahdenkuja 4 kartta  
Finlande  
Tél. : 00 9 396 71  
Fax : 00 9 761 307  
Email : [etunimi.sukunimi@stakes.fi](mailto:etunimi.sukunimi@stakes.fi)  
<http://www.stakes.fi/>  
<http://www.stakes.fi/english/>

▶ **SWEDISH SCHOOL OF BUSINESS**

SE-701 82  
Örebro  
Suède  
<http://www.oru.se>

## T

▶ **TINBERGEN INSTITUTE AMSTERDAM**

Roetersstraat 31  
1018 WB Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : +31(0)20 551 3500  
<http://www.nidi.knaw.nl/en/>

▶ **TINBERGEN INSTITUTE ROTTERDAM**

Burg. Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam  
The Netherlands  
Tél. : +31(0)10 408 8900  
Fax: +31(0)10 408 9031

## U

### UNIVERSITA DEL PIEMONTE ORIENTALE AMADEO AVOGRADO

Via Cavour 84  
15100 Alessandria  
Italie  
<http://polis.unipmn.it/index.php>

### UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE 2

58 bd. Charles Livon  
13284 Marseille cedex 7  
Tél. : 04 91 39 65 00

### UNIVERSITÉ LOUIS PASTEUR

Faculté de Médecine  
4 rue Kirschleger  
67085 Strasbourg cedex  
03 90 24 35 20  
[medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr](mailto:medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr)  
<http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/>

### UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

Faculté des Hautes Etudes Commerciales  
Quartier UNIL-Dorigny  
Bâtiment Extranef  
CH-1015 Lausanne  
Suisse  
Tél. : 021 692 33 20  
Fax : 021 692 36 55  
<http://www.hec.unil.ch/hec/home>

### UNIVERSITÉ DE PARIS 1

12, place du Panthéon-Sorbonne  
75231 Paris cedex 05  
Tél. : 01 43 29 21 40  
University College Dublin  
Belfield,  
Dublin 4  
Irlande  
Email : [geary@ucd.ie](mailto:geary@ucd.ie)  
<http://www.ucd.ie/>

### UNIVERSITY OF READING BUSINESS SCHOOL

The Department of Economics  
PO Box 218  
Whiteknights  
Reading, RG6 6AA  
Royaume-Uni  
<http://www.reading.ac.uk/economics/>

### UNIVERSITY OF WOLLONGONG

Northfield Avenue  
Wollongong NSW 2522  
Australie  
<http://www.uow.edu.au>

### UNIVERSITY OF YORK

Center for Health economics  
York  
YO10 5DD  
Tél. : (0)1904 433776  
Fax : (0) 1904 433759  
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

### US CENSUS BUREAU

4600 Silver Hill Road  
Washington, DC 20233  
<http://www.census.gov/>

## V

### VUIBERT (EDITIONS)

12, rue des Cordelières  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 08 49 00  
Fax : 01 44 08 49 29  
<http://www.vuibert.com/>

# ■ Quoi de neuf, Doc?

## Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche  
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

**Consultation des documents :**  
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents  
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

**Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01**

**Heures d'ouverture :**  
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

---

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Directrice de la publication</b> | Chantal Cases                         |
| <b>Rédactrice en chef</b>           | Marie-Odile Safon                     |
| <b>Rédactrices adjointes</b>        | Suzanne Chriqui - Véronique Suhard    |
| <b>Diffusion</b>                    | Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier |
| <b>Mise en page</b>                 | Franck-Séverin Clérembault            |

---

