

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Mars - Avril 2010

■ Service Documentation

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

■ 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.

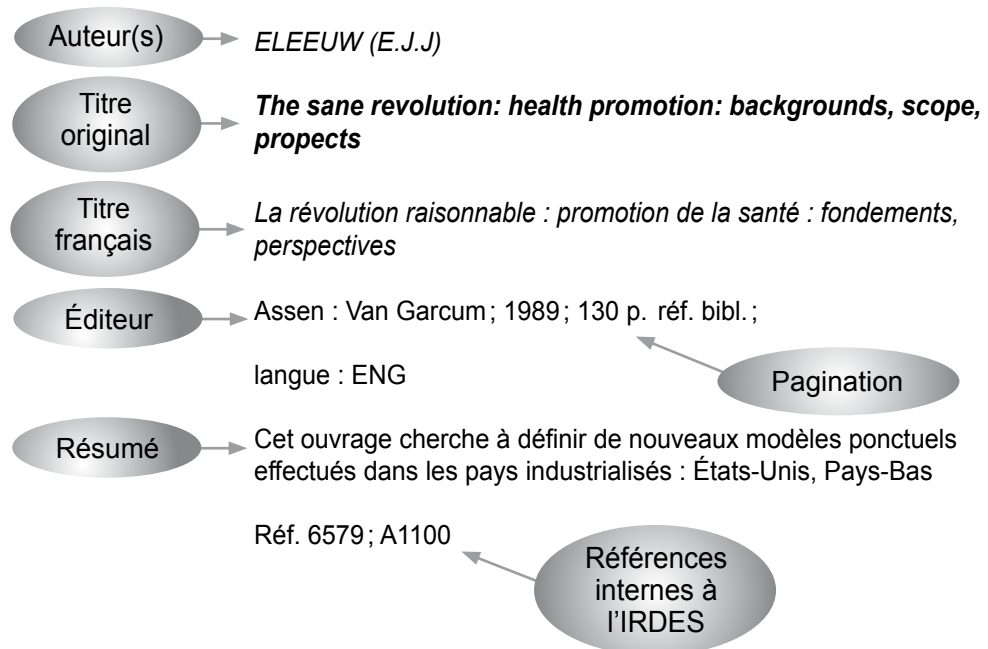
L'IRDES est disponible sur Internet.

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

Bioéthique	17
Décentralisation	17
Droits des usagers	17
Handicap	18
Loi HPST	19
Maladies chroniques	20
Maladies rares	20
Plan cancer	21
Politique sociale	22
Qualité des soins	22
Réforme	23
Santé mentale	23
Sociologie de la santé	23

24 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie	24
CMU	25
Financement	26
Indemnités journalières	27
HCAAM	27
MGEN	28
Prestations sociales	28
Protection complémentaire	29
RMI	30
Régimes de retraite	30
Régime social des indépendants	32
Régime minier	32
Retraite	33
Sécurité sociale	33

34 PRÉVENTION SANTÉ

Accidents vasculaires cérébraux	34
Cancer de la prostate	35
Consultations de prévention	35
Éducation thérapeutique	35
Obésité	36
Promotion de la santé	36
Santé des enfants	37
Sociologie de la santé	38
VIH	38

38 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSE DE SANTÉ

Comptes de la Sécurité sociale	38
Coûts de la maladie	39
Coûts de la santé	40
Croissance économique	41
Dépenses de santé	41
Dépenses pharmaceutiques	42
EHPAD	43
Financement	43

44 ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme	44
Cancer	44
Données d'ensemble	46
Drogues	47
Environnement et santé	48
Obésité	48
Risques globaux	49
Santé mentale	49
Sécurité routière	50
Tabagisme	50
Téléphonie mobile	51
Travail et santé	51

Consultation à l'écran :

- le sommaire est cliquable (titre et numéros de page)
- ce document contient des signets PDF

56 PERSONNES ÂGÉES

Conditions de vie	56
Dépendance.....	57
Données d'ensemble	57
Emploi des seniors.....	58
Filières de soins	58
Prise en charge médicosociale	58
Soins informels	59
Soutien à domicile.....	59

60 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins	60
Discrimination	62
Genres	62
Inégalités sociales de santé.....	63
Pauvreté.....	65
Refus de soins	67
Sans-abri.....	68

68 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Ile-de-France.....	68
Milieu rural	68
Milieu urbain.....	69
Statiss	69
Zone urbaine sensible.....	69

70 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Convention médicale	70
Démographie médicale	70
Maisons de santé.....	71
Pratique médicale	71
Qualité des soins	72
Rémunérations.....	73

73 HÔPITAL

CHU	73
Chimiothérapie.....	74
Dossier patient.....	74
Financement	75
Hôpitaux psychiatriques.....	75
Indicateurs de gestion hospitalière	76

Mort.....	76
Organisation hospitalière	77
Qualité des soins	77
Tarifcation hospitalière	78

79 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Spécialités médicales	79
Migrations internationales.....	80

80 MÉDICAMENTS

CEPS	80
Consommation pharmaceutique	80
Dispositifs médicaux	81
Industrie pharmaceutique	81
Innovation médicale	83
Médicaments génériques.....	85
Politique du médicament.....	85
Prescription	85
Prix.....	86

87 TECHNOLOGIES - INFORMATIQUE MÉDICALE

Dossier médical personnel.....	87
Imagerie médicale.....	88
Radiothérapie.....	88
Télémédecine	89

89 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne.....	89
Australie	90
Canada	91
Chine.....	92
États-Unis	93
Europe	96
Grèce	97
Irlande	97
Israël	98
Italie	98
Japon	99
Norvège	100
Pays scandinaves	100

République tchèque.....	101
Royaume-Uni.....	101
Slovénie.....	101
Suède.....	101
Suisse.....	102

10 PRÉVISION - ÉVALUATION

Douleur.....	103
Évaluation économique.....	103
Performance.....	105
Santé mentale.....	106
Bibliométrie.....	107
Capital social.....	107
Économétrie.....	108
Économie de la santé.....	108
Incapacité.....	109
Qualité de soins.....	109
Santé perçue.....	109
Statistique.....	110
Vignettes.....	110

11 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Comportement alimentaire.....	111
Espérance de vie.....	111
Portrait social de l'INSEE.....	111

11 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi.....	112
Travailleurs pauvres.....	113

11 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Automédication.....	113
Classifications.....	113
Communication écrite.....	114
Médecine et sciences humaines.....	114
NTIC.....	115
Répertoire.....	115
Techniques documentaires.....	115

11 RÉGLEMENTATION

Droit de la santé.....	116
Droits des malades.....	117
Indemnisation.....	117
Protection sociale.....	117

AUTRES RUBRIQUES

Index des auteurs.....	121
Carnet d'adresses des éditeurs.....	133

► Références bibliographiques

► Bioéthique

43618

RAPPORT
LEONETTI (J.)
CLAEYS (A.)
Assemblée Nationale. Paris. FRA

Rapport d'information sur la révision des lois de bioéthique.

Paris : Assemblée nationale : 2010/01 : 561p.
Cote Irdes : B6833

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2235-t1.pdf>

Le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la révision de la loi bioéthique de 2004, présidée par Alain Claeys et dont le rapporteur était Jean Leonetti, vient d'être finalisé après plusieurs mois de travaux et d'auditions. Un nouveau projet de loi sur la bioéthique devrait être présenté avant l'été, satisfaisant une clause de révision générale tous les 5 ans, que contenait la loi du 6 août 2004. En outre, la dérogation à l'interdiction de procéder à des recherches sur l'embryon humain posée par cette loi expire le 6 février 2011, ce qui nécessite une prise de position avant cette échéance. La mission qui maintient le principe de l'interdiction de la recherche sur l'embryon, a été unanime pour demander la levée du moratoire de cinq ans sur la recherche sur l'embryon humain et se propose d'en "modifier les critères de contrôle". Pour l'assistance médicale à la procréation (AMP), la finalité du recours à l'AMP est d'ordre médical, la condition de deux ans de vie commune ne serait plus exigée pour les couples pacés et des exceptions seraient admises pour des raisons médicales ou d'âge. Enfin le transfert d'embryons post-mortem serait autorisé "à titre exceptionnel" dès lors que le projet parental a été engagé. La mission a recommandé de maintenir plusieurs règles notamment l'interdiction des mères porteuses, la condition que le couple recevant une AMP soit hétérosexuel, l'anonymat des donneurs de gamètes. La future Loi de bioéthique ne devrait pas inclure de clause de révision. Elle devrait inscrire, dans la loi, le principe d'un "droit d'alerte" de l'Agence de la biomédecine, lorsque de nouvelles recherches ou avancées sont susceptibles de poser des questions éthiques importantes.

► Décentralisation

42601

RAPPORT, INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

La conduite par l'Etat de la décentralisation.

Paris : La Documentation française : 2009 : 167p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000519/0000.pdf>

Le rapport de la Cour présente un bilan des différentes vagues de décentralisation depuis le début des années 1980, opérant une profonde transformation de l'organisation institutionnelle et administrative de la France : transfert de compétences aux collectivités et répartition entre les différents échelons territoriaux, question du financement et du pilotage de la décentralisation, etc. Le rapport s'attache d'une part à rechercher la cohérence de la nouvelle organisation des compétences et l'adéquation des moyens financiers correspondants et, d'autre part, tente d'estimer le coût de ce processus, en lui-même et au regard de la dépense publique globale et des effectifs des fonctions publiques d'Etat et territoriale.

► Droits des usagers

42622

OUVRAGE
AKRICH (M.), MEADEL (C.), RABEHARISOA (V.)

Se mobiliser pour la santé : des associations de patients témoignent.

Paris : Presses de l'Ecole des Mines - ParisTech : 2009 : 206p.

Cote Irdes : A3934

<http://catalog.ensmp.fr/ouvrage.php?id=7>

Le domaine de la santé a été largement transformé depuis une vingtaine d'années par l'action des associations de patients. Ces associations s'impliquent dans la production et la diffusion de connaissances sur les maladies et les questions de santé ; elles jouent un rôle actif dans l'émergence et la consolidation des mobilisations collectives autour des problèmes de santé ; elles sont reconnues comme des acteurs à part entière de la démocratie sanitaire aux côtés des pouvoirs publics, des professionnels et des acteurs économiques. Face aux mutations pressantes du domaine, elles pensent et explorent de nouvelles

formes d'action associatives, de nouveaux modes d'intervention publique. Cet ouvrage rend compte directement de l'expérience des associations, à travers une série de discussions collectives conduites avec une cinquantaine d'entre elles. Ces témoignages éclairent la compréhension du fonctionnement associatif et permettent d'appréhender les défis auxquels les associations sont aujourd'hui confrontées; ils sont destinés à favoriser le dialogue entre les usagers, le monde politique et les professionnels.

► Handicap

39640

RAPPORT

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

Les MDPH : vers la maturité ? [Maisons départementales des personnes handicapées] - Rapports annuels et statistiques 2007.

Paris : CNSA : 2008/10 : 64p.

Cote Irdes : B6604

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_MDPH_mercredi5.pdf

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a, depuis trois ans, accompagné le développement des maisons départementales des personnes handicapées. Le point principal de formalisation de ces relations est la convention d'appui à la qualité que la Caisse a signé avec chaque président de conseil général pour la période 2007-2008, et qui seront renouvelées au 1er semestre 2009. Ces conventions départementales ont été personnalisées, mais elles sont bâties sur un socle commun qui prévoit la transmission régulière de données d'activité des MDPH et l'élaboration d'un rapport annuel sur le fonctionnement de ces structures. C'est la synthèse de ces informations portant sur l'année 2007 qui est ici proposée. Ce document est composé de quatre chapitres : une note de synthèse établie à partir des rapports des présidents de conseils généraux; l'analyse des données nationales - pour les adultes - ressortant des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui siègent dans les MDPH; le suivi de l'évolution de la prestation de compensation du handicap; l'analyse des budgets des GIP - MDPH.

40862

RAPPORT

Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité.
Paris. FRA

Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap.

Paris : La Documentation française :
2009/02/12 : 130p., tabl.

Cote Irdes : B6664

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000070/0000.pdf>

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit dans son article 3 que le Gouvernement dépose, sur le bureau des assemblées parlementaires, à l'issue des travaux de la Conférence nationale du handicap, après avoir recueilli l'avis du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), un rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées (article L. 114-2-1 du code de l'action sociale et des familles). Tel est l'objet du présent rapport qui fait suite à la première Conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 10 juin 2008, conformément aux dispositions prévoyant la tenue de cette conférence tous les trois ans.

41860

RAPPORT

BLANC (P.), JARRAUD-VERGNOLLE (A.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales.
Paris. FRA

Rapport d'information sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées.

Paris : Sénat : 2009/06 : 108p.

Cote Irdes : B6734

<http://cubitus.senat.fr/rap/r08-485/r08-4851.pdf>

Créées par la loi Handicap du 11 février 2005 pour devenir les interlocuteurs uniques des personnes handicapées et les accompagner dans leurs démarches, les maisons départementales des personnes handicapées ont été juridiquement constituées le 1er janvier 2006 et sont toutes opérationnelles depuis 2007, malgré les difficultés qu'elles ont rencontrées lors de leur mise en place. Si elles s'acquittent globalement des missions qui leur ont été confiées, les MDPH sont pénalisées par l'instabilité de leurs moyens financiers et de leurs personnels, qui les empêche de donner pleinement satisfaction aux usagers

et qui pose, de façon corollaire, la question de l'éventuelle évolution de leur statut juridique actuel de groupement d'intérêt public. Au moment où ces structures engagent leur troisième année de plein exercice, la commission des affaires sociales a souhaité dresser un premier bilan de leur activité, appréhender leurs difficultés et proposer quelques pistes de nature à les résoudre et à favoriser leur consolidation institutionnelle et professionnelle.

► Loi HPST

42612

REPERTOIRE, INTERNET
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non Lucratifs. (F.E.H.A.P.). Paris. FRA

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST). : ce que vous devez savoir de la loi pour vos activités sanitaires, sociales et médico-sociales.

Paris : FEHAP : 2009 : 77p.

Cote Irdes : En ligne

http://issuu.com/fehapp/docs/plaquette_hpst/15?mode=a_p

Ce guide fait une analyse en dix points de repère de la nouvelle loi Hôpital, Patients, Santé et territoires.

42673

DOSSIER DOCUMENTAIRE
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

Hôpital, patients, santé, territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009/09 : 51p.

Cote Irdes : c, B6784

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

Ce dossier fait une présentation commentée et une analyse détaillée des différents titres de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.

42727

OUVRAGE
CLEMENT (J.M.)

La nouvelle loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires : analyse critique et perspectives.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2009 : 131p.

Cote Irdes : A3952

La nouvelle loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, va bien au-delà du domaine hospitalier, elle concerne l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. Ses 135 articles sont d'un abord difficile tant le législateur veut être précis, or il est bien trop prolix. Beaucoup des lecteurs de ces 40 pages du Journal officiel du 22 juillet 2009 ont été découragés par l'aspect extrêmement aride de cette nouvelle loi. Il faut bien avouer qu'elle modifie énormément d'articles du Code de la santé, mais aussi du Code de la sécurité sociale, du Code de l'action sociale et des familles. La loi HPST est une grande loi de santé publique : pour ou contre, il est indéniable que chacun sera frappé par la volonté du législateur d'impliquer l'État dans l'offre égalitaire et de qualité des soins. De la prévention aux soins chroniques, toutes les facettes de l'offre de soins sont concernées et l'État devient le véritable chef d'orchestre de toutes les professions de santé et de tous les offreurs de soins. L'État, par ses services déconcentrés en région, regroupés en agences régionales de santé, va donc régenter l'ensemble du sanitaire et du médico-social. Le lecteur appréciera l'esprit synthétique, mais aussi clair, pour mieux appréhender les différents articles de cette loi, au demeurant importante pour l'organisation de l'offre de soins. Délibérément non exhaustif, l'auteur considère que la compréhension globale prédomine sur l'étude micro-juridique, certes inévitable, mais actuellement prématurée, puisque les décrets et arrêtés d'application sont loin d'être prêts à être publiés. Fallait-il attendre un ou deux ans pour disserter sur cette nouvelle loi ? Non, assurément, car il est déjà plus qu'opportun de permettre à chacun de nos lecteurs de situer cette loi dans la saga des lois hospitalières de ces cinquante dernières années et de comprendre la logique techno-scientifique de ceux qui sont à l'origine de notre système de santé (4^e de couverture).

43036

RAPPORT
CHABOT (J.M.)

Loi HPST: analyse & arguments.

Paris: Global Médical Santé: 2009: 174p.,
tabl., graph.

Cote Irdes: A3987

<http://www.egora.fr/services/achat/fichearticle.asp?ray=2&id=110>

Cet ouvrage se compose de quatre chapitres, correspondant aux quatre titres de la loi Hôpital Patients Santé Territoires – HPST, et pour chacun de ces quatre chapitres, de deux points complémentaires. D'abord, en ouverture de chapitre, un résumé analytique des articles (au total, 135) et des dispositions attenantes contenues dans la loi. Ce résumé signale en particulier les décrets et autres textes d'application qui doivent être publiés en aval du texte légal. A l'évidence, ce résumé analytique est d'une lecture plus aisée que les 91 feuillets du Journal officiel. Ensuite, immédiatement après le résumé analytique, une série de textes courts, qui illustrent et mettent en perspective – compte tenu de la réalité française – l'une ou l'autre des dispositions légales qui viennent d'être évoquées dans le résumé analytique (D'après la note au lecteur).

► Maladies chroniques

42856

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

La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique.

Paris: HCSP: 2009/11: 70p., annexes

Cote Irdes: B6803

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_prisprotchroniquesr.pdf

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé, qui ont été conçus et développés pour répondre à la prise en charge de maladies aiguës, aussi bien dans leur mode de pensée, d'organisation, que de financement. Le dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée (ALD) qui vise à gérer la prise en charge tant médicale que financière de ces maladies est progres-

sivement devenu inadapté: aujourd'hui il ne permet pas de constituer une base d'amélioration des pratiques, ni de respecter la maîtrise des dépenses de santé, ni d'assurer une équité de répartition des restes à charge. Le système de santé s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans des réformes structurelles visant à mieux organiser cette prise en charge, et en 2007 un ambitieux Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique a été lancé, qui doit être décliné jusqu'en 2011. Dans cette perspective, le Haut Conseil de la santé publique propose des recommandations visant à accompagner, renforcer ou proposer des mesures adaptées au regard des enjeux.

► Maladies rares

41275

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

Evaluation du Plan national maladies rares 2005-2008.

Paris: HCSP: 2009/04: 198p.

Cote Irdes: B6693

http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20090317_maladiesRares.pdf

Le plan national maladies rares (PNMR) 2005-2008, inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, fait suite à l'émergence progressive d'une politique française spécifique sur les maladies rares depuis les années quatre-vingts, en liaison étroite avec les associations de malades, et l'adoption, en janvier 2000, du règlement européen sur les médicaments orphelins. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), chargé de l'évaluation des plans stratégiques inscrits dans la loi du 9 août 2004, analyse les points forts et les insuffisances de ce premier plan, dont la reconduction est estimée indiscutable, pour proposer une meilleure adaptation aux réalités et aux besoins encore mal couverts des malades.

Plan cancer

41902

RAPPORT
BAS-THERON (F.), GRESY (B.),
GUILLERMO (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins .

Paris : La documentation française : 2009/06 :
116p., tabl., annexes

Cote Irdes : B6747

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000353/0000.pdf>

La mission de l'Igas a porté sur l'évaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 se rapportant à deux des six grandes thématiques identifiées : d'une part le dépistage, d'autre part l'organisation et la qualité des soins. Au total, sur les 70 mesures préconisées par le plan cancer, 22 se rapportent directement à l'une de ces deux thématiques. Une première analyse a été intégrée dans le rapport qu'a remis le Haut Conseil de la santé publique à la ministre de la santé et des sports le 24 février 2009. La mission a depuis complété ses analyses et précisé ses propositions. Sur le plan méthodologique, la mission a procédé par deux enquêtes, l'une auprès des DRASS sur le volet dépistage et une sur l'organisation des soins auprès des ARH. Elle a auditionné de nombreux acteurs nationaux, s'est rendu dans trois régions (Aquitaine, Centre, Haute Normandie) et dans quelques établissements de l'Île-de-France.

42367

RAPPORT
DENIS (J.J.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.
FRA

La lutte contre le cancer : Surmonter les cloisonnements.

Paris : CAS ; la Documentation française :
2009/09 : 57p.

Cote Irdes : A3927

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_cancer_version_web.pdf

Plusieurs bilans du Plan cancer 2003-2007 ont été dressés : celui du Haut Conseil de la santé, de la Cour des comptes et celui de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales). À la veille du lancement du deuxième Plan pour

2009-2013, il convenait de dresser un bilan du précédent dispositif. Cette étude expose dans un premier temps, les difficultés rencontrées mais aussi les acquis de ce programme. Puis, replaçant les enjeux du Plan cancer dans le contexte médico-administratif du système de santé français, elle expose les grandes lignes du deuxième Plan cancer 2009-2013 avec comme objectif principal une meilleure coordination des soins, de la recherche et de la prévention épidémiologique.

42615

RAPPORT, INTERNET
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA,

Plan cancer 2009-2013.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009 :
138p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009. Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007 et repose, en partie, sur le socle de ses mesures, qu'il va falloir pour beaucoup consolider, pour certaines en assurer l'application, et pour d'autres en adapter la mise en œuvre. À partir des acquis, de nouvelles propositions permettent d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition, en mettant l'accent : sur de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé ; sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction ; sur le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants ; sur de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la vie pendant et après le cancer (Tiré de l'introduction).

► Politique sociale

42862

OUVRAGE
PALLEY (E.) / éd.

**Community-based programs and policies :
contributions to social policy development in
health care and health care-related services.**

*Programmes et politiques communautaires :
contributions au développement de la politique
sociale des soins et services de santé.*

Abington: Routledge: 2009 : 162p.

Cote Irdes: A3975

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.

► Qualité des soins

43215

RAPPORT, INTERNET
TNS-Sofres. Montrouge. FRA

**Observatoire sociétal de la santé et de la
qualité des soins en France.**

Montrouge: Tns - Sofres: 2009/11: 24p.

Cote Irdes: En ligne

[http://www.tns-sofres.com/_assets/
files/2009.11.24-observatoire-sante.pdf](http://www.tns-sofres.com/_assets/files/2009.11.24-observatoire-sante.pdf)

TNS Sofres a réalisé pour la Générale de santé la première édition d'un observatoire sur le système de santé et la qualité des soins en France. Ses résultats montrent que 83 % des Français pensent toujours que la France a l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Le niveau de satisfaction est massif sur la qualité des soins (à 90 % mais... seulement 18 % de très satisfaits), 61 % estimant que celle-ci s'est améliorée au cours des 10 dernières années (mais... 32 % une détérioration). Les mots les plus spontanément associés au système de soins français sont qualité, mais aussi complexité et inégalité du système. Néanmoins, 55 % se disent "inquiets pour l'évolution de la qualité des soins dans les 10 années à venir". Derrière la satisfaction apparente, l'enquête montre une qualité en réalité "très élastique". La satisfaction se hiérarchise sur 3 niveaux. En haut du tableau, le niveau de la médecine elle-même, devant la relation aux patients (attention portée aux patients, information délivrée, accessibilité des hôpitaux) et, loin derrière, le fonctionnement du système et notamment la gestion du temps (obtention d'un rendez-vous) (D'après le résumé de l'annuaire Sécu).

► Réforme

42624

OUVRAGE

MARMOR (T.R.) / éd., FREEMAN (R.) / éd.,
OKMA (K.G.H.) / éd.

***Comparative studies and the politics of
modern medical care.***

*Etudes comparatives et politiques de santé
moderne.*

New Haven: Yale University Press: 2009 :
14- 353p., index

Cote Irdes: A3936

[http://yalepress.yale.edu/yupbooks/book.
asp?isbn=9780300149838](http://yalepress.yale.edu/yupbooks/book.asp?isbn=9780300149838)

This book offers a timely account of health reform struggles in developed democracies. The editors, leading experts in the field, have brought together a group of distinguished scholars to explore the ambitions and realities of health care regulation, financing, and delivery across countries. These wide-ranging essays cover policy debates and reforms in Canada, Germany, Holland, the United Kingdom, and the United States, as well as separate treatments of some of the most prominent issues confronting policy makers. These include primary care, hospital care, long-term care, pharmaceutical policy, and private health insurance. The authors are attentive throughout to the ways in which cross-national, comparative research may inform national policy debates not only under the Obama administration but across the world.

► Santé mentale

42799

RAPPORT

KOVESS-MASFETY (V.) / pres.
BOISSON (M.) / coor., GODOT (C.) / coor.,
SAUNERON (S.) / coor.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.
FRA

***La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une
approche cohérente de la qualité de vie.***

Paris: CAS: 2009/11 : 254p.

Cote Irdes: B6801

[http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_
Sante_mentale_version_18nov09validdqs2.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_Sante_mentale_version_18nov09validdqs2.pdf)

Les suicides au travail représentent l'une des formes les plus visibles de tout un ensemble de pathologies de la modernité. Stress, addic-

tion, dépression... Autant de manifestations d'un mal-être qui ont incité Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'Etat chargée de la Prospective et du développement de l'économie numérique, à commander au Centre d'analyse stratégique, dès le printemps dernier, un travail approfondi sur la santé mentale en France. Dans la continuité du rapport Stiglitz, ce document examine les conséquences des nouvelles approches de la mesure du PIB et du bien-être dans le domaine des politiques sociales. La santé mentale ne concerne pas seulement le traitement des pathologies lourdes. Elle touche l'ensemble des facteurs qui conditionnent le bien-être dans notre société. Au-delà d'un examen détaillé de la santé mentale des Français, ce travail s'attache à tirer les enseignements des pays étrangers en avance dans la mise en œuvre de programmes de prévention. Mais il montre également que de nombreuses politiques publiques en France tendent à prendre en compte de mieux en mieux cette dimension structurante des personnes.

► Sociologie de la santé

42818

OUVRAGE

MOL (A.)

DEBAUCHE (M.) / trad., DEBAUCHE (C.) /
trad.

***Ce que soigner veut dire. Repenser le libre
choix du patient.***

Paris: Presses de l'École des Mines: 2009 :
197p.

Cote Irdes: A3963

Qu'est-ce que bien soigner? Dans ce livre provoquant et original, l'auteur montre que ce n'est pas, comme on l'a beaucoup dit, laisser les patients choisir. A partir de l'exemple des personnes atteintes de diabète, il propose une nouvelle manière de prendre soin des personnes, qui ne les transforme pas en citoyens ou en consommateurs, mais qui les reconnaît comme corps et âme souffrants, comme individu investi dans leur propre prise en charge, comme membre de collectifs sans arrêt à redéfinir. Ce livre-manifeste n'est pas une critique de la médecine ou des pratiques de santé mais il en appelle à une transformation radicale de notre regard: soigner, c'est prendre en compte la vie des personnes, leurs capacités et leurs incapacités, leurs entourages et leurs modes de vie. Remettant en cause les vertus trop consensuelles du libre choix, s'interrogeant sur les bonnes pratiques,

Ce que Soigner veut dire intéressera non seulement les spécialistes de sciences sociales, mais il pourra aussi faire réfléchir les professionnels de la santé, les responsables de la politique sanitaire tout comme les militants et membres des associations (Tiré de la 4e de couverture).

42859

OUVRAGE
FILLION (E.)

A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales.

Paris: Editions EHESS: 2009 : 323p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes: A3973

Sur la base d'une étude au long cours du monde de l'hémophilie, cet ouvrage propose une analyse des transformations du monde médico-sanitaire contemporain traversé par un scandale majeur. Le séisme qu'a été l'affaire du sang contaminé en France est perpétuellement invoqué dès lors qu'on fait état des mutations intervenues depuis une vingtaine d'années dans le champ de la santé. En revanche, le travail local produit par les acteurs les plus directement engagés reste mal connu. Il est important d'y revenir aujourd'hui pour comprendre comment les évolutions à l'oeuvre dans la sphère publique s'articulent à la reconfiguration d'expériences individuelles (Tiré de l'introduction).

PROTECTION SOCIALE

► Assurance maladie

42321

DOCUMENT DE TRAVAIL
ABRAHAM (J.M.), DELEIRE (T.), ROYALTY (A.B.)

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

Moral Hazard Matters: Measuring Relative Rates of Underinsurance Using Threshold Measures.

L'importance du hasard moral: mesurer les taux relatifs de la sous-assurance par l'utilisation de mesures de seuil.

NBER Working Paper Series; n° 15410

Cambridge: NBER: 2009/10: 45p., tabl., fig.

Cote Irdes: en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15410>

This paper illustrates the impact of moral hazard for estimating relative rates of underinsurance and to present an adjustment method to correct for this source of bias. Individuals or households are often classified as underinsured if out-of-pocket spending on medical care relative to income exceeds some threshold. We show that, without adjustment, this common threshold measure of underinsurance will underestimate the number with low levels of insurance coverage due to moral hazard. We propose an adjustment method and apply it to the specific case of estimating the difference in rates of underinsurance among small- versus large-firm workers with full-year, employer-sponsored insurance. Using data from the 2005 Medical Expenditure Panel Survey, we find that after applying the adjustment, the underinsurance rate of small-firm households increases by approximately 20 % with the adjustment for moral hazard and the difference in underinsurance rates between large firm and small firm households widens substantially. Adjusting for moral hazard makes a sizeable difference in the estimated prevalence of underinsurance using a threshold measure.

42684

CHAPITRE
TURQUET (P.)

Association d'Economie Sociale. (A.E.S.). Paris. FRA

Le financement de l'assurance maladie en Allemagne et aux Pays-Bas: la solidarité à l'épreuve de la mise en concurrence des assureurs.

Emploi et politiques sociales: tome 1. Défis et avenir de la protection sociale.

29e journées de l'Association d'économie sociale.: Paris, 2009/09/17-18

Paris: L'Harmattan: 2009 : 211-223

Cote Irdes: A3943/1

Après avoir exposé les grands traits des récentes réformes du financement de l'assurance maladie en Allemagne et aux Pays-Bas, cet article s'interroge sur l'objectif poursuivi (la mise en concurrence des assureurs) et sur les conséquences, notamment en matière de redistribution.

42842

NOTE

Institut C.S.A. (C.S.A.). Paris. FRA
Jalma. Paris. FRA

Les Français et la réforme de l'assurance maladie.

Note de synthèse de l'institut CSA; N° 0901363

Paris: CSA: 2009/11: 128p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.csa-fr.com/dataset/data2009/opi20091022-les-francais-et-la-reforme-de-l-assurance-maladie.pdf>

Cette note rend compte des résultats d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de Français qui ont été interrogés sur leur perception de la réforme de l'assurance maladie. La connaissance et la compréhension du système de remboursement des dépenses de santé, l'accueil de la réforme de l'Assurance Maladie, et l'image des complémentaires santé constituent les axes thématiques de ce sondage.

43079

INTERNET, COMMUNICATION

GRUBER (J.)

Maxwell School of Syracuse University.
Center for Policy Research. Syracuse. USA

Universal Health Insurance Coverage: Progress & Issues

Couverture maladie universelle: progrès et problématiques

Center for Policy Research Policy Briefs; 41
Syracuse: Center for Policy Research:
2008/01: 25p.

Cote Irdes: En ligne

<http://www-cpr.maxwell.syr.edu/pbriefs/pb41.pdf>

Jonathan Gruber was a key architect of Massachusetts' ambitious health reform effort, and in 2006 became an inaugural member of the Health Connector Board, the main implementing body for that effort. He delivered this lecture on October 2, 2009, and his references are to Congressional bills that were under consideration on that date. He laid out the universal coverage debate that's gone on for a long time in the United States; described a new solution that he think they found for Massachusetts; described how the Massachusetts reform works; and how it can be extended nationally. Finally he spent time on the key issues that Congress is facing in fall

2009 trying to take this model to the national level.

► **CMU**

40869

RAPPORT

Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Fonds CMU. Paris. FRA

CMU: les difficultés administratives dans les relations entre caisses d'assurance maladie et professionnels de santé.

Paris: Fonds CMU: 2008/11: 87p., tabl.

Cote Irdes: B6666

[http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese % 20difficultes % 20administratives.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese%20difficultes%20administratives.pdf)

[http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese % 20Evreux.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese%20Evreux.pdf)

[http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT % 20ETUDE % 20CMUC_V2.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%20ETUDE%20CMUC_V2.pdf)

[http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese % 20CPAM % 2092.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Synthese%20CPAM%2092.pdf)

[http://www.cmu.fr/userdocs/Etude % 20complete % 20CPAM % 20des % 20HautsSeine.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Etude%20complete%20CPAM%20des%20HautsSeine.pdf)

Le Fonds CMU présente ces deux études relatives aux difficultés administratives dans les relations entre caisses d'assurance maladie et professionnels de santé, à partir des expériences des CPAM des Hauts-de-Seine et de l'Eure. Si les taux de rejets sont sensiblement plus importants dans les dossiers CMU que pour la moyenne des autres, tout en restant dans une proportion limitée, l'étude montre que la responsabilité de ces difficultés reste très partagée.

42881

OUVRAGE, CONGRES

CHADELAT (J.F.) / dir., TABUTEAU (D.) / dir.
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Fonds CMU. Paris. FRA, SciencesPo. Chaire Santé. FRA

Les dix ans de la CMU (1999-2009).

Actes du colloque Fonds Cmu - Chaire Santé. 2009/09/08

Paris: Editions santé; Paris: Les Presses SciencesPo: 2009: 76p.

Cote Irdes: A3981

http://www.editionsdesante.fr/services/livres/e-docs/00/00/11/A2/document_ouvrage.phtml

La loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU), réalisant l'objectif d'universalité de l'assurance maladie poursuivi lors de la création de la sécurité sociale. Mais la réforme avait une autre ambition : permettre l'accès gratuit des populations les plus défavorisées au système de santé. À l'occasion du dixième anniversaire de la loi, le Fonds CMU et la chaire Santé de Sciences Po ont co-organisé un colloque afin de dresser un bilan de cette réforme majeure. La matinée d'études était de plus organisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette journée a permis de retracer la genèse de la CMU, de revenir sur les transformations qu'elle a induites et de s'interroger sur la place de la protection complémentaire dans la mise en oeuvre du texte. Elle a également permis d'analyser les limites et insuffisances de ce mécanisme de protection sociale, notamment pour les étrangers, ainsi que le phénomène des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Enfin, elle a contribué à éclairer les perspectives d'évolution d'une composante désormais essentielle du pacte social.

► Financement

42350

RAPPORT

Ministère de l'Economie - de l'Industrie et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.). Paris. FRA

Rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Paris : MINEFE : 2009 : 63p., graph.

Cote Irdes : B6770

<http://www.performance-publique.gouv.fr/fileadmin/medias/documents/ressources/PLF2009/RPO2009.pdf>

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de l'article 52 de la loi organique du 1er juillet 2001 relative aux lois de finances. Cet article dispose qu'en vue de l'examen et du vote du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale de l'année suivante par le Parlement, le Gouvernement présente à l'ouverture de la session ordinaire un rapport retraçant l'ensemble des prélèvements obligatoires ainsi que leur évolution. Ce rapport comporte l'évaluation financière, pour l'année en cours et les deux années suivantes, de chacune des dispositions de nature législative ou réglementaire envisagées par le Gouvernement. Il peut faire l'objet d'un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat. Le présent rapport comprend trois parties : la

première partie présente le niveau et la structure des prélèvements obligatoires en 2007, dernière année pour laquelle on dispose de données complètes issues de la comptabilité nationale. Cette partie rappelle l'évolution du taux de prélèvements obligatoires en France au cours des vingt dernières années et fournit des éléments de comparaison internationale ; – la deuxième partie présente de façon détaillée l'évolution prévisionnelle du taux de prélèvements obligatoires en 2008 et 2009. Cette partie détaille les mesures envisagées dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 ; – la troisième partie comprend deux chapitres relatifs à la réforme du crédit d'impôt recherche et à la fiscalité environnementale.

42586

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 et annexes.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2009 :
Pagination multiple, ann.

Cote Irdes : Bc6779

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2010/lfss2010.htm>

Chaque année, le PLFSS (projet de loi de financement de la Sécurité sociale) et ses annexes sont déposés sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Une fois voté, en décembre, le projet de loi devient la LFSS (Loi de financement de la Sécurité sociale). Celle-ci définit les « agrégats » (recettes des régimes de Sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement, objectifs de dépenses et objectif national de dépenses d'assurance maladie) et fixe le plafond d'emprunt de certains régimes ou organismes ; elle comporte aussi les dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes de base de la Sécurité sociale ou améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des LFSS.

42833

COMMUNICATION, INTERNET
GEOFFARD (P.Y.), LAGASNERIE (G.)
Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Réformer le système de remboursement pour les soins de ville: une analyse par microsimulation.

31èmes Journées des économistes de la santé français: Rennes, 2009/12/03-04

Paris: CES: 2009: 56p., 15 tabl.

Cote Irdes: En ligne

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'assurance publique ont fortement diminué la couverture publique du risque maladie. Ce système laisse à la charge des assurés des sommes qui peuvent s'avérer importantes lorsque ceux-ci traversent des épisodes de maladie longs et coûteux. Pour permettre la protection contre ces restes à charge élevés, le système des ALD (Affection de Longue Durée) a été instauré. Il offre une prise en charge totale des soins liées à l'affection. Malgré un tel dispositif, certains assurés (et même ceux en ALD) restent insuffisamment couverts lorsqu'ils doivent faire face à des dépenses élevées. Afin de garantir une meilleure couverture de ces assurés, il existe deux solutions. Tout d'abord, permettre à chacun de bénéficier d'une assurance complémentaire. Cette assurance couvre tout ou partie des soins non pris en charge par l'assurance publique. 7 % de la population ne jouit pas d'une telle assurance. Et l'échec des différents dispositifs (Aide Complémentaire Santé) visant à diffuser plus largement ce complément d'assurance montre les limites de cette première solution. Cette étude privilégie donc une autre approche dans la lignée du bouclier sanitaire [Briet et Fragonnard, 2007]. Les caractéristiques du bouclier sont simples: au-delà d'un plafond, les dépenses de soins dans le périmètre de l'Assurance Maladie Obligatoire seraient prises en charge à 100 % par l'assurance maladie publique. Pour le financer, à la différence de Briet et Fragonnard qui préconisent la suppression d'exonérations dont le système ALD, sera instaurée une franchise médicale individuelle annuelle (non remboursable par une assurance complémentaire) sur les dépenses de soins.

► Indemnités journalières

42920

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
PUHANI (P.A.), SONDERHOF (K.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

The Effects of a Sick Pay Reform on Absence and on Health-Related Outcomes.

Les effets d'une réforme des indemnités journalières sur l'absentéisme et ses conséquences sur l'état de santé.

Discussion paper; 4607

Bonn: IZA: 2009/12: 51p., tabl

Cote Irdes: En ligne

<http://ftp.iza.org/dp4607.pdf>

We evaluate the effects of a reduction in sick pay from 100 to 80 % of the wage. Unlike previous literature, apart from absence from work, we also consider effects on doctor/hospital visits and subjective health indicators. We also add to the literature by estimating both switch-on and switch-off effects, because the reform was repealed two years later. We find a two-day reduction in the number of days of absence. Quantile regression reveals higher point estimates (both in absolute and relative terms) at higher quantiles, meaning that the reform predominantly reduced long durations of absence. In terms of health, the reform reduced the average number of days spent in hospital by almost half a day, but we cannot find robust evidence for negative effects on health outcomes or perceived liquidity

► HCAAM

42279

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 2009.

Paris: HCAAM: 2009/09: 163p., tabl., ann.

Cote Irdes: B6761

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2009/hcaam_rapport2009.pdf

Dans son rapport 2009, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie analyse l'état des comptes de la sécurité sociale, la prise en charge des dépenses de soins par les différents financeurs, porte son attention sur les concepts qui fondent la maîtrise médicalisée et consacre une place importante à l'analyse des dépassements d'honoraires.

► MGEN

42651

OUVRAGE
DREYFUS (M.)

Une histoire d'être ensemble. La MGEN 1946-2006.

Paris : Editions Jacob-Duvernet : 2006 :
332p., photos
Cote Irdes : A3939

Fille de la libération, du syndicalisme enseignant et de la Sécurité sociale, la MGEN voit le jour au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Depuis, la MGEN n'a cessé d'évoluer, de s'adapter, de se transformer, au rythme des personnalités qui l'ont fait vivre et qui l'ont portée. Des sanatoriums à l'accouchement sans douleur, du développement de la mutualité française à la perspective européenne, de la crise du syndicalisme au désengagement de l'Etat dans la protection sociale, la MGEN a porté haut les valeurs mutualistes et entend continuer à le faire à l'avenir. A l'instar de l'histoire générale de la mutualité, l'histoire de la MGEN est longtemps restée un terrain en friche. Ce livre retrace son existence, de ses origines lointaines à nos jours, et rend hommage à tous ceux qui ont pris part à cette histoire d'être ensemble (4^e de couverture).

► Prestations sociales

41608

DOCUMENT DE TRAVAIL
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales
Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Take-up of welfare benefits in OECD countries : a review of evidence.

Recours aux prestations sociales dans les pays de l'OCDE : une revue de l'évidence.

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 18

Paris : OCDE : 2004/03 : 54p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5223

Cette étude examine les quelques travaux de recherche, empiriques et théoriques, dont on dispose concernant le recours aux prestations sociales. En d'autres termes, il s'agit de la mesure dans laquelle les personnes potentiel-

lement admissibles à différents types de prestations ont effectivement recours à ces prestations. On s'intéresse tout particulièrement aux dispositifs de prestations pour lesquels le taux de recours reflète à la fois une démarche volontaire de la part des personnes admissibles pour pouvoir en bénéficier et l'exactitude des décisions administratives concernant l'éligibilité ou non de ces personnes aux prestations en question. L'étendue du recours aux prestations sociales est estimée à partir de différentes approches qui, en règle générale, conjuguent données administratives et données d'enquête. En dépit de la diversité des méthodes et du très petit nombre de pays de l'OCDE pour lesquels des estimations sont disponibles, il semble que le taux de recours aux prestations sociales est faible, et cela quels que soient les pays et quels que soient les dispositifs. Les estimations se situent généralement entre 40 pour cent et 80 pour cent pour les prestations d'aide sociale et les prestations logement, et entre 60 pour cent et 80 pour cent pour les prestations de chômage.

42691

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ADEMA (W.), LADAIQUE (M.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales
Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

How expensive is the welfare state ? Gross and net indicators in the OECD social expenditure database (SOCX).

Combien coûte l'Etat Providence ? Indicateurs bruts et nets dans la base de données OCDE sur les dépenses sociales.

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 92

Paris : OCDE : 2009 : 95p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006E42/\\$FILE/JT03274133.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006E42/$FILE/JT03274133.PDF)

Ce document présente les tendances et la composition des dépenses sociales des pays de l'OCDE. Les dépenses sociales publiques brutes ont augmenté de 16 % du PIB en 1980 à 21 % du PIB en 2005. Parmi celles-ci, les retraites publiques (7 % du PIB) et les dépenses de santé publique (6 % du PIB) représentent les plus grandes catégories de dépenses en moyenne en 2005. Ce document examine ensuite les effets de l'intervention du gouvernement sur les dépenses sociales

par le système fiscal et la prise en compte des prestations sociales privées, qui ont pour effet d'égaliser les ratios entre les niveaux des dépenses sociales et le PIB. Après la prise en compte des prestations sociales privées et de l'impact de la fiscalité, les dépenses sociales atteignent plus de 30 % du PIB aux coûts des facteurs en Belgique, Allemagne et France; enfin, les écarts entre les dépenses sociales en Autriche, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas, Portugal et aux États-Unis ne sont que de quelques points de pourcentage.

D Protection complémentaire

42599

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KERLEAU (M.), FRETTEL (A.), HIRTZLIN (I.)
Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne.
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).
Maison des Sciences Economiques. (M.S.E.).
Paris. FRA

Regulating Private Health Insurance in France: New Challenges for Employer-Based Complementary Health Insurance.

Réguler l'assurance santé privée en France : nouveaux défis pour la protection complémentaire d'entreprise.

CES Working Paper; 2009.56

Paris: Centre d'économie de la Sorbonne:
2009 : 29p., tabl.

Cote Irdes: en ligne

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/39/31/PDF/09056.pdf>

En France, l'assurance maladie de base relève du système public de l'assurance sociale. En dépit d'une couverture qui reste étendue, l'élargissement des co-paiements et des franchises rend nécessaire l'accès à une assurance santé complémentaire. Dans un contexte qui voit les contraintes pesant sur les dépenses publiques se durcir, le marché pour l'assurance complémentaire est de fait appelé à se développer. Cette tendance n'est pas sans conséquence sur la régulation de l'assurance maladie privée. Au début des années 2000, les autorités publiques se sont dotées d'instruments destinés à inciter les employeurs à mettre en place des dispositifs d'assurance de groupe rendus obligatoires pour les salariés en même temps qu'elles encourageaient les partenaires sociaux à négocier collectivement l'implémentation de couvertures complémentaires dans l'ensemble des entreprises, quels que soient leur taille ou secteur d'activité. Le document explore ce qui est en jeu dans cette

nouvelle forme de couplage entre l'assurance santé et l'entreprise.

42664

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes et de l'Evaluation Statistique. (D.R.E.E.S.). Paris.
FRA

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Paris: Ministère chargé de la santé : 2009/10 : 42p.

Cote Irdes: B6791

http://www.sante.gouv.fr/drees/complement_sante/rapport2009.pdf

Par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la sécurité sociale), le gouvernement a été chargé d'établir un rapport présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé. Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les premiers résultats obtenus pour les années 2006, 2007 et 2008. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et par le Fonds CMU.

43346

DOCUMENT DE TRAVAIL
BOLIN (K.), HEDBLUM (D.), LINDGREN (B.), LINDGREN (A.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Asymmetric Information and the Demand for Voluntary Health Insurance in Europe

Asymétrie d'information et demande d'assurance maladie volontaire en Europe.

NBER Working Paper Series; n° 15689

Cambridge: NBER: 2010/01 : 28p., tabl., annexes

Cote Irdes: En ligne

<http://www.nber.org/papers/w15689>

Several past studies have found health risk to be negatively correlated with the probability of voluntary health insurance. This is contrary to what one would expect from standard textbook models of adverse selection and moral hazard. The two most common explanations to the counter-intuitive result are either (1) that risk-aversion is correlated with health — i.e. that healthier individuals are also more

risk-averse — or (2) that insurers are able to discriminate among customers based on observable health-risk characteristics. We revisited these arguments, using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Self-assessed health served as an indicator of risk: better health, lower risk. We did, indeed, observe a negative correlation between risk and insurance but found no evidence of heterogeneous risk-preferences as an explanation to our finding.

► RMI

42328

RAPPORT, INTERNET
LEPINE (C.), WANECQ (T.), BOULANGER (J.M.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Mission de contrôle des politiques d'insertion menées en faveur des allocataires du RMI.

Paris : La Documentation française : 2009/07 : 72p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000468/0000.pdf>

L'IGAS a été chargée d'examiner les conditions de mise en oeuvre du RMI par des contrôles dans cinq départements métropolitains : Côte d'Or, Gard, Ille et Vilaine, Nord et Yvelines. Compte tenu de la modification prochaine des règles de détermination de l'allocation dans le cadre de la mise en place du revenu de solidarité active (RSA), les investigations ont été centrées sur le volet d'insertion du RMI. C'est ainsi que la mission s'est rendue dans chacun des départements concernés de septembre à novembre 2008. Le présent rapport de synthèse est destiné à regrouper les principales conclusions de la mission en matière d'action sociale et d'insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI.

► Régimes de retraite

41915

DOCUMENT DE TRAVAIL
ZAIDI (A.), WHITEHOUSE (E.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales
Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Should pensions systems recognize hazardous and arduous work ?

Les systèmes de retraites doivent-ils reconnaître les professions dangereuses ou pénibles ?

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 91

Paris : OCDE : 2009 : 47p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00004C06/\\$FILE/JT03268577.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00004C06/$FILE/JT03268577.PDF)

Les régimes de retraite spéciaux pour les professions dangereuses ou pénibles existent de longue date. Depuis quelques temps, ils suscitent de multiples débats dans de nombreux pays de l'OCDE. Ces régimes ont pour origine l'idée selon laquelle les personnes qui exercent un métier dangereux ou pénible, l'exploitation minière souterraine par exemple, méritent un traitement particulier. Cette idée se justifie par le fait que ces métiers augmentent la mortalité et diminuent l'espérance de vie, réduisant ainsi la période pendant laquelle les personnes qui les exercent peuvent profiter de leurs prestations de retraite. C'est pourquoi elles ont le droit de partir à la retraite avant l'échéance fixée par le régime de retraite général national. Le présent rapport analyse l'incidence, la structure et la justification de ces régimes de retraite spéciaux dans les pays de l'OCDE. Il énumère les professions couvertes par ces régimes, et décrit les différentes sortes de privilèges existants. Il présente également une évaluation quantitative du patrimoine retraite supplémentaire auquel ont droit les travailleurs relevant des régimes spéciaux. Les conclusions formulées en fin de document s'accompagnent d'une description des réformes récemment mises en place dans certains pays de l'OCDE.

42643

RAPPORT
PANIS (J.)
Sénat. Paris. FRA

Rapport d'information sur les dispositions du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2010 relatives à la retraite des mères de famille.

Rapport d'information; n° 83

Paris: Sénat: 2009/11: 47p.

Cote Irdes: B6789

<http://www.senat.fr/rap/r09-083/r09-0831.pdf>

La délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a été saisie par la commission des affaires sociales pour donner un avis sur les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatives à la retraite des mères de famille. Dans un contexte marqué par la persistance d'importantes inégalités de retraite entre les femmes et les hommes, la délégation considère que des mécanismes compensateurs sont nécessaires et pleinement légitimes et que ce n'est que lorsque l'égalité entre les sexes sera effective, à l'avenir, que le principe d'égalité pourra conduire à attribuer les avantages familiaux de retraite dans les mêmes conditions aux femmes et aux hommes. Aussi considère-t-elle que les majorations de durée d'assurance doivent aujourd'hui être sauvegardées, principalement au bénéfice des mères, tout en reconnaissant qu'il est légitime de permettre aux pères, qui ont assuré seuls et à titre principal l'éducation de leurs enfants, de compenser aussi d'éventuels préjudices de carrière.

42767

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ROGER (M.), WALRAET (E.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Etudes et Synthèses Economiques.
Paris. FRA

Social Security and Well-Being of the Elderly: the Case of France.

Systèmes de pension et bien-être des retraités: le cas de la France.

Document de travail; G2008/11

Paris: INSEE: 2008/12: 42p., tabl., fig.

Cote Irdes: c, En ligne

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2008-11.pdf

Ce document de travail utilise les deux réformes majeures de 1982 et 1993 du régime de base et des régimes complémentaires des travailleurs du secteur privé pour identifier la relation entre le système de pension et le niveau de vie des retraités. Ces réformes ont affecté différemment les personnes selon leur date de naissance, leur sexe ou leur statut socio-économique. Ces différences permettent l'identification du lien entre niveau des allocations et niveau de vie des retraités. Afin d'éviter les problèmes d'endogénéité dans les régressions, il a simulé les niveaux de pension par cohorte et comparé leurs évolutions avec différents indicateurs du niveau de vie des retraités: indicateurs de revenu, de consommation ou de bien-être subjectif sur l'ensemble de la période avant de faire une analyse plus spécifique des réformes de 1982 et 1993. Les estimations concluent à une augmentation du niveau de revenu, de consommation ou de bien-être lorsque le niveau des pensions de retraite augmente. Toutefois, une augmentation d'un euro de la pension ne conduit généralement pas (sauf pour les plus hautes pensions) à une hausse de un euro du revenu après impôts. On observe donc des phénomènes de substitution entre les différentes sources de revenu des personnes âgées. Des estimations par double différence des réformes de 1982 et 1993 mettent en évidence des asymétries dans les effets de substitution entre les sources de revenus possibles selon les variations dans la générosité des systèmes de pension.

42863

OUVRAGE
REMOND (A.)

Les retraites en question.

Paris: La documentation Française: 2009: 208p., tabl., fig.

Cote Irdes: A3976

Baisse des pensions et recul de l'âge de la retraite constituent les deux principaux motifs d'inquiétude des cotisants sur l'avenir de leur retraite. Après un aperçu historique et une présentation du système de retraite français, l'ouvrage revient sur les termes du débat, souligne l'influence de l'échelon européen et présente les réformes menées en France depuis les années quatre-vingt-dix, puis leurs effets. Il ouvre ensuite des perspectives en proposant de nouveaux éléments de réflexion (4e de couverture).

43504

RAPPORT

Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).
Paris. FRA

Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ? Options et modalités techniques. Septième rapport adopté le 27 janvier 2010.

Paris : COR : 2010/01/27 : 261p.

Cote Irdes : B6826

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1276.pdf>

Afin d'éclairer les prochains débats de la réforme des retraites prévue cette année, le COR a étudié la faisabilité du passage à un régime en points (le total des points, obtenus en fonction des cotisations versées, est multiplié en fin de carrière par la valeur définie du point) ou à un régime en « comptes notionnels » (le total des cotisations versées, valorisées annuellement en fonction du PIB ou de la masse salariale, est multiplié par un coefficient tenant compte de l'espérance de vie de la génération à laquelle appartient l'assuré). Le COR souligne qu'une telle évolution est une question de choix politique sur les objectifs à atteindre en priorité (pérennité financière, équité entre les générations, degré de redistribution), avant d'être une question d'ordre technique. Quel que soit le mode de calcul utilisé, le COR précise en outre que la résorption du déficit de l'assurance vieillesse (10,7 milliards en 2010 selon les prévisions) repose sur trois leviers : le niveau des ressources (cotisations), celui des pensions et l'âge effectif de départ à la retraite.

► Régime social des indépendants

42805

RAPPORT, INTERNET

Régime Social des Indépendants. (R.S.I.). La Plaine Saint-Denis. FRA

Le Livre Blanc du RSI.

Paris : Le RSI : 2009/12 : 73p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.le-rsi.fr/livre-blanc/RSI-livre_blanc_BD.pdf

Le Régime Social des Indépendants a lancé depuis plusieurs mois une consultation d'envergure auprès des représentants des différentes caisses régionales composant le RSI, des experts du régime et d'une trentaine d'experts extérieurs au RSI, une réflexion sur l'évolution de la protection sociale en France dans le but de favoriser l'émergence de propositions autour de 2 grands thèmes : un nouveau

partenariat entre assurance maladie obligatoire et complémentaire santé ; le financement de la protection sociale des chefs d'entreprise indépendants. A travers ce document élaboré à partir d'une démarche participative originale, le régime des indépendants entend prendre toute sa place et apporter son expertise dans le débat public sur l'avenir de notre système de sécurité sociale. Sur le premier thème concernant la santé, le Livre Blanc propose l'amélioration des partenariats et synergies entre le régime de base obligatoire et les complémentaires. Ses pistes portent sur la création d'un socle "minimal et universel" de protection sociale complémentaire rendu obligatoire aux OC, différent des contrats responsables (trop limités) ou des contrats CMUC (trop spécifiques), l'instauration d'une véritable transparence des contrats, l'association des organismes complémentaires dans la gestion du risque, la prévention et la promotion de la santé, le partenariat sur la prise en charge de la dépendance, une fois les contours du 5e risque connu, et enfin, le développement de dispositifs permettant aux travailleurs indépendants de bénéficier de contrats de groupe. Le second thème portant sur le financement s'intéresse à l'élargissement de l'assiette de cotisations des indépendants exerçant sous forme sociétaire.

► Régime minier

42303

RAPPORT

Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines. (C.A.N.S.S.M.).
Paris. FRA

Rapport d'activité du régime minier 2008.

Paris : CANSSM : 2009/10 : 34p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S4

Ce rapport d'activité de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) présente un bilan sur l'organisation, l'offre de soins, l'action sanitaire et sociale, la gestion des risques et des ressources humaines ainsi que sur la valorisation du patrimoine du régime minier en 2008.

Retraite

42685

OUVRAGE
CHARPENTIER (F.)

**Les retraites en France et dans le monde.
Nouvelles problématiques.**

Paris : Economica : 2009 : 533p., tabl.

Cote Irdes : A3944

Après une première partie purement descriptive du système de retraite français et de son histoire, la seconde partie du livre porte sur les monographies de régimes étrangers et fait le point sur les nombreuses réformes intervenues ces dernières années. La dernière partie porte sur les nouvelles problématiques et nouveaux outils qui apparaissent en matière de retraite (maintien dans l'activité des seniors, la dépendance, la réversion, la vulnérabilité des régimes de capitalisation face à la crise des marchés financiers, l'épargne retraite, fonds de réserve, les régimes par points....)

Sécurité sociale

41402

DOCUMENT DE TRAVAIL
BROWN (J.R.), CORONADO (J.),
FULLERTON (D.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Is Social security part of the social safety net ?

La Sécurité sociale fait-elle partie du filet de protection sociale ?

NBER Working Paper Series ; n° 15070

Cambridge : NBER : 2009/06 : 34p., tabl., ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15070>

Building on the existing literature that examines the extent of redistribution in the Social Security system as a whole, this paper focuses more specifically on how Social Security affects the poor. This question is important because a Social Security program that reduces overall inequality by redistributing from high income individuals to middle income individuals may do nothing to help the poor; conversely, a program that redistributes to the poor may nonetheless be regressive according to broader measures if it also redistributes from middle to upper income households. We have four major findings. First, as we expand the definition of income to use more comprehensive measures of well-

being, we find that Social Security becomes less progressive. Indeed, when we use an "endowment" defined by potential labor earnings at the household level, rather than actual earnings at the individual level, we find that Social Security has virtually no effect on overall inequality. Second, we find that this result is driven largely by the lack of redistribution across the middle and upper part of the income distribution, so it masks some small positive net transfers to those at the bottom of the lifetime income distribution. Third, in cases where redistribution does occur, we find it is not efficiently targeted: many high income households receive positive net transfers, while many low income households pay net taxes. Finally, the redistributive effects of Social Security change over time, and these changes depend on the income concept used to classify someone as "poor".

41782

RAPPORT
Cour des Comptes. Paris. FRA

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale : exercice 2008.

Paris : Cour des comptes : 2009 : 181p., tabl., graph., fig., ann.

Cote Irdes : B6720

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RCE/Certification-des-comptes-mai2009.pdf>

Le présent rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques est établi en application de l'article 58-3° de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Il est publié après l'acte de certification des comptes et le rapport sur les résultats et la gestion budgétaires de l'Etat pour l'exercice 2008. Tout d'abord, le diagnostic sur leur situation à fin 2008, au début de la crise, est essentiel pour apprécier les risques à venir et les perspectives de redressement. Il met en évidence une dégradation, avec un impact encore limité de la crise, dont l'ampleur a différé selon les catégories d'administrations publiques (centrales, sociales et locales). La situation de la France était plus préoccupante que celle des autres pays européens. C'est surtout en 2009 qu'à ces difficultés structurelles commence à s'ajouter l'impact de la crise, avec des risques de dérive des déficits et de l'endettement dont les données d'ores et déjà disponibles montrent l'ampleur exceptionnelle. La seconde partie de ce rapport dégage les perspectives des finances publiques au-delà de 2009. Elle montre que le déficit public pourrait être encore très élevé

en 2012 et que la dette pourrait fortement augmenter à cet horizon. Dans ces conditions, un risque de dérive incontrôlée de la dette, lourd de conséquences, ne peut pas être écarté. Pour l'éviter, un effort d'ajustement est inéluctable et ce rapport s'attache à en évaluer l'ampleur. Sur la base des travaux de la Cour, il présente des pistes de réformes pouvant conduire à ce redressement. Pour cet examen d'ensemble de la situation des finances publiques, la Cour a mené diverses enquêtes et utilisé les observations formulées dans son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'exercice 2008 et dans la certification des comptes de 2008 de l'Etat. Elle a aussi réuni, sous la forme d'un séminaire hebdomadaire, une quarantaine de personnalités, experts et représentants de l'administration qui lui ont apporté leurs analyses sur les finances publiques dans la crise.

42804

REPertoire, INTERNET
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

Les chiffres clés de la Sécurité sociale en 2008. Edition 2009.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009/11 : 32p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/2009_chiffres_cles.pdf

Régulièrement plébiscitée par les Français dans les enquêtes d'opinion, la Sécurité sociale n'en demeure pas moins largement méconnue par le grand public dans son mode de fonctionnement et par les masses financières qu'elle est amenée à gérer. L'objectif de cette édition 2009 des chiffres clés, réalisée par les trois ministères de tutelle, est de pallier à cette lacune en présentant en 32 pages les principales données chiffrées 2008 du régime général, branche par branche, pour permettre une meilleure compréhension des enjeux auxquels elle est confrontée aujourd'hui, et mieux saisir son évolution. Le document fournit également des données sur la performance du service public de la Sécurité sociale (qualité de service, accueils, délais de traitement, coûts de gestion, dématérialisation, mise en oeuvre des politiques de sécurité sociale).

42861

OUVRAGE
MILLS (C.), CAUDRON (J.)

Protection sociale : économie et politique, débats actuels et réformes.

Paris : Gualino Editeur : 2009 : 356p., index

Cote Irdes : A3974

Ce livre analyse les différents secteurs de la protection sociale : retraites, politique familiale, santé, emploi et financement de la protection sociale, lutte contre l'exclusion etc.. Il intègre l'actualité la plus récente en la matière et notamment la crise de ces systèmes, en relation avec la crise systémique d'ensemble ainsi que le type de réformes menées tant en France que dans l'Union européenne. Il s'attache à dégager pour chacun des secteurs des pistes de réformes alternatives.

PRÉVENTION SANTÉ

► Accidents vasculaires cérébraux

42544

RAPPORT, INTERNET
FERY-LEMONNIER (E.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection sociale (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2009/06 : 20p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_synthese_seule_rapport_final_-_vf.pdf

Ce rapport, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des victimes d'AVC, dresse un état des lieux inquiétant en termes d'organisation et d'accès aux soins de qualité. Le rapport préconise de développer l'information pour la prévention et la prise en charge rapide des AVC, essentielle pour réduire la mortalité et les séquelles liées à cette pathologie. Pour une meilleure prise en charge des patients, il propose la création d'unités et de filières spécialisées, mais aussi de développer la formation initiale et continue des professionnels concernant cette pathologie. La création des unités devra répondre à la question de l'inégalité de couverture territoriale actuelle.

► Cancer de la prostate

41035

RAPPORT

DEBRE (B.)

Assemblée Nationale. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.). Paris. FRA, Sénat. Paris. FRA

Rapport sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate.

Paris : Assemblée Nationale ; Paris : Sénat : 2009/04 : 397p.

Cote Irdes : B6683

<http://www.senat.fr/rap/r08-318/r08-3181.pdf>

Deuxième cancer le plus fréquent (60 000 nouveaux cas par an environ), le cancer de la prostate fait l'objet de véritables interrogations sur les modalités de son dépistage et de prise en charge des patients. L'apparition d'un test sanguin - le dosage sérique de l'antigène prostatique spécifique (PSA) - a révolutionné le dépistage et, en moins de dix, ce test s'est progressivement imposé comme un examen de routine, au point de concerner des millions de Français de plus de 50 ans. Pourtant, si 90 % des hommes de cette tranche d'âge ont déjà fait l'objet d'une mesure de PSA, on ne peut parler de véritable dépistage car les dosages sont diversement exploités et souvent mal interprétés. C'est pourquoi l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a engagé une étude destinée à faire le point sur les pratiques de dépistage du cancer de la prostate en vue d'augmenter les chances de succès des traitements curatifs.

► Consultations de prévention

41857

RAPPORT

BAUDIER (F.)

BERTHELOT (N.), MICHAUD (C.), CLEMENT (M.C.), JEANMAIRE (T.)

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

Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement.

Paris : HCSP : 2009/03 : 137p.

Cote Irdes : B6733

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConstultPrev.pdf

Ce travail, rapporté par François Baudier, répond à une demande de la Direction

générale de la santé, visant à promouvoir la prévention individuelle et à l'intégrer dans l'activité quotidienne des médecins libéraux. Les dix recommandations ont pour objectif de promouvoir au sein d'une nouvelle organisation de la santé de premier recours, des activités cliniques préventives qui : s'inscrivent dans un parcours de santé tout au long de la vie, avec une première consultation à l'adolescence, au moment de l'entrée dans le dispositif du médecin traitant ; reposent sur le généraliste, mais dans le cadre d'une coopération entre différents professionnels ; s'appuient sur des référentiels et des protocoles validés, actualisés et facilement appropriables (Haute Autorité de Santé et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) ; fassent l'objet d'un suivi coordonné pour permettre, à l'issue de ces consultations de prévention, un soutien adapté (individuel et collectif) et notamment pour les malades chroniques, de bénéficier de programmes d'éducation thérapeutique et d'actions d'accompagnement.

► Éducation thérapeutique

42894

RAPPORT

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

L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours.

Paris : HCSP : 2009/11 : 36p.

Cote Irdes : B6807

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoppre.pdf

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications. Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France (environ 15 millions actuellement), les besoins en la matière sont très importants. L'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. Le travail mené par le HCSP a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de favoriser ou de freiner l'implication des médecins traitants

et autres professionnels de santé de premier recours dans la mise en oeuvre d'une éducation thérapeutique de proximité. L'analyse de ces facteurs l'amène à proposer quatre orientations stratégiques qui se déclinent en cinq mesures et quatorze recommandations.

► Obésité

42737

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SASSI (F.), CECCHINI (M.), LAUER (J.),
CHISHOLM (D.)

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

Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies

Améliorer les conditions de vie, s'attaquer à l'obésité: l'impact sanitaire et économique des stratégies de prévention.

OECD Health Working Paper; 48

Paris: OCDE: 2009 : 102p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes: En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/\\$FILE/JT03274746.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006EF2/$FILE/JT03274746.PDF)

Les taux de surpoids et d'obésité ne cessent d'augmenter depuis plusieurs décennies dans tous les pays industrialisés, ainsi que dans beaucoup de pays ayant un revenu plus faible. Les analyses consacrées par l'OCDE aux tendances structurelles confirment le sombre tableau qui a été brossé dans les publications internationales, tout comme le font les prévisions établies sur les taux de surpoids et d'obésité pour les dix prochaines années. Les conditions dans lesquelles vivent les individus depuis vingt ou trente ans, notamment sur le plan matériel, social et économique, ont très fortement influé sur leur ration calorique globale, la composition de leur alimentation, ainsi que la fréquence et l'intensité de leur activité physique au travail, à la maison et pendant les loisirs. Beaucoup de pays sont préoccupés non seulement par le rythme auquel progressent le surpoids et l'obésité, mais aussi par le caractère inégal de leur répartition entre les catégories sociales, en particulier selon la situation socioéconomique et l'origine ethnique. En collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE a procédé, à partir d'un modèle, à l'évaluation de plusieurs actions destinées à prévenir

les maladies chroniques par l'amélioration de l'alimentation et l'augmentation de l'activité physique. Cet exercice s'est appuyé dans l'ensemble sur la méthode WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective). Son but était d'apprécier l'efficacité de diverses mesures envisageables pour lutter contre les mauvaises habitudes de vie et les affections chroniques ayant un rapport avec elles. De plus, par comparaison avec le système CHOICE classique, cette analyse avait pour objet d'apprécier l'impact des stratégies de prévention sur la répartition des coûts et des résultats en matière de santé.

► Promotion de la santé

42845

OUVRAGE, INTERNET
BOURDILLON (F.) / éd.

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé.

Saint-Denis: INPES: 2009 : 192p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes: c, en ligne

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

Le présent volume propose des modalités d'organisation des ARS pour mieux prendre en compte la promotion de la santé en France. L'approche proposée s'inscrit résolument dans le champ de la santé publique. Plusieurs recommandations sont faites – notamment de travailler de manière matricielle en croisant les approches par populations, milieux et pathologies, de développer des activités intersectorielles et interministérielles, et de ne pas fondre les activités de sécurité sanitaire avec celles de promotion de la santé. Les missions et les champs d'un futur pôle Promotion, prévention et programmes de santé sont présentés. Des fiches thématiques donnent des éclairages sur les concepts, les fonctions des acteurs, les champs et les outils de la promotion de la santé (4^e de couverture).

42846

OUVRAGE, INTERNET
LEURIDAN (N.) / coord.

Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention.

Saint-Denis : INPES : 2009 : 160p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

Le présent volume, conçu à destination des directeurs généraux des agences régionales de santé et de leurs équipes (collaborateurs), a pour objectif de produire des recommandations et de proposer des outils permettant de déployer les politiques de prévention, en alliant qualité et professionnalisation des acteurs de prévention (4^e de couverture).

43231

RAPPORT, INTERNET
Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

Aperçu de la promotion de la santé en Europe.

Saint-Denis : INPES : 2009 : 107p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.inpes.sante.fr/international/docs/Homologues_institutionnels_INPES_en_Europe.pdf

Ce document a pour objectif d'offrir un panorama de la promotion de la santé en Europe. Ses contours géographiques sont ceux d'une Europe élargie, qui comprend l'Islande et les pays Scandinaves. Organisé sous forme de fiches-pays, ce panorama offre, pour la majorité des pays, un historique, ainsi que la structuration et les grandes orientations retenues en promotion de la santé. Il permet d'avoir rapidement accès aux principales organisations grâce à de nombreux liens électroniques et offre les contacts nécessaires pour obtenir des informations plus complètes sur les thèmes décrits (Tiré de l'introduction).

42864

OUVRAGE
DONATELLE (R.J.)

Access to health care.

Accès aux soins de santé

San Francisco : Benjamin Cummings : 2009 : 689p.+annexes

Cote Irdes : A3977

This book is designed to teach health facts and to help students develop the skills neces-

sary to navigate increasingly challenging health waters.

► Santé des enfants

42217

RAPPORT, INTERNET
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi.

Paris : INSERM : 2009 : 252p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000396/index.shtml>

Ce document présente les travaux d'un groupe de travail réuni par l'Inserm à la demande du Régime social des indépendants (RSI) pour élaborer des propositions visant à améliorer le suivi des enfants dans le cadre des examens de santé. Il s'appuie sur les données et les recommandations issues de plusieurs expertises collectives publiées entre 2002 et 2007 et qui concernent la santé des enfants et des adolescents.

42298

RAPPORT
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver.

Paris : La Documentation française : 2009/03 : 187p.

Cote Irdes : A2925

Ce document constitue la deuxième édition de l'expertise opérationnelle réalisée par un groupe de travail réuni en 2003 par l'Inserm à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (Canam) pour élaborer des propositions d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour les enfants et les adolescents.

► Sociologie de la santé

42688

OUVRAGE

PERETTI-WATEL (P.), MOATTI (J.P.)

Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives.

Paris : Le Seuil : 2009 : 106p.

Cote Irdes : A3947

La santé est devenue notre bien le plus précieux. Les recommandations qui saturent l'espace public viennent nous le rappeler quotidiennement: "fumer tue", "évittez de grignoter entre les repas", "lavez-vous les mains fréquemment", etc. Car, pour faire reculer le plus possible la maladie et la mort, il faut traquer le risque partout où il existe. La prévention des excès alimentaires, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues s'efforce d'atteindre cet idéal de sécurité totale. Mais la "mise en risque" du monde ne va pas sans dysfonctionnements. Le culte de la santé disqualifie ceux qui transgressent les conseils des experts. Il enserre les individus dans de nouveaux carcans moraux. Enfin, il est l'allié des industries agroalimentaires et pharmaceutiques, à qui il ouvre des marchés lucratifs. Conçue pour protéger les citoyens, les enfants, les personnes vulnérables, la prévention doit aujourd'hui être réinventée, sous peine de perdre son âme.

► VIH

43444

RAPPORT

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

Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage.

Saint-Denis : HAS : 2009 : 235p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf

Le présent document aborde les questions d'évaluation relatives à la pertinence d'une évolution des stratégies et du dispositif de prise en charge du VIH. Peut-on identifier des sous-groupes à risque auxquels un dépistage doit être proposé de façon régulière ? A quelle fréquence ? Dans quelles structures ? Faut-il proposer le test de dépistage de façon plus systématique, en routine, en dehors de la notion de pratiques à risque ? A quelles occa-

sions ? Dans quelles structures ? Faut-il modifier la pratique du counseling, notamment en pré-test ?

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSE DE SANTÉ

► Comptes de la Sécurité sociale

42258

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement.

Paris : Cour des Comptes : 2009/09 : 533p., tabl.

Cote Irdes : B6760

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Theme-185.html>

Comme chaque année, la Cour des comptes publie son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. La Cour rend son avis sur « la cohérence des tableaux d'équilibre », procède à une « analyse de l'ensemble des comptes » des organismes inclus dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale et examine l'incidence en trésorerie des déficits cumulés (109 milliards au total) ou des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale. L'examen de la mise en oeuvre de l'ONDAM, encore dépassé de près d'un milliard d'euros en 2008, complète ce volet financier. Après une présentation du sombre tableau des comptes sociaux, la Cour pointe les dysfonctionnements du système. La seconde partie du rapport porte sur l'ensemble des volets du plan « hôpital 2007 », soit l'organisation et la gouvernance, la réforme du financement, avec la mise en oeuvre de la T2A; la relance de l'investissement immobilier enfin. Ambitueuses, ces réformes débouchent pourtant sur des résultats encore décevants. Les travaux effectués par la Cour sur la gestion des risques sociaux, présentés en troisième partie, s'intéressent cette année, pour la branche maladie, aux centres d'examen de santé, inadaptés aux besoins actuels et dont l'utilité est remise en cause, et au contrôle médical du régime général. Les sages de la rue Cambon mettent en lumière l'intérêt lié à une rénovation des missions et méthodes du contrôle médical, aujourd'hui trop marqué par la prédominance de contrôles systématiques a priori peu efficaces. Pour le recouvrement, le rapport invite ainsi à améliorer l'encadrement et l'organisation de la fonction

de contrôle pour le recouvrement des cotisations et contributions par les URSSAF. Quant à la branche retraite, elle fait l'objet d'analyses relatives à la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite et à la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite. Dans la branche famille, l'accueil des usagers et l'accompagnement social des familles en difficulté font également l'objet d'une insertion. Le rapport constate un défaut d'encadrement national des aides sociales, la nécessité de repenser les missions et le pilotage des travailleurs sociaux et de développer les partenariats avec les collectivités locales également en charge de l'aide aux familles. Enfin, la gestion des régimes est abordée sous l'angle des questions liées aux politiques de gestion des ressources humaines des personnels du régime général, qui doivent être optimisées dans le sens d'un renforcement de la rémunération à la performance ou d'une plus grande mobilité des agents de direction. La réforme du régime des mines, enfin, doit être poursuivie, dans le sens d'une ouverture accrue des oeuvres et de la poursuite du mouvement initié en 2004 de délégation de la gestion du risque à la branche maladie. Comme les années précédentes, des recommandations (52) ou orientations accompagnent et prolongent les constats effectués. Celles des années précédentes donnent lieu à un suivi.

42335

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 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2009/10 : 294p.

Cote Irdes : Bc6775/1

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss200910_1.pdf

Ce rapport propose une actualisation des prévisions des comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2009, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. Le second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général. Chaque thématique est accompagnée de fiches éclairage. En ce qui concerne l'assurance maladie, les thèmes

retenus sont: démographie et activité des infirmiers libéraux, prescription des inhibiteurs de la pompe à protons, évolution récente des grandes classes thérapeutiques des médicaments, participation financière des patients en Europe, comparaison internationale des dispositifs de fixation des tarifs d'activité des établissements de santé. Au niveau de l'invalidité/AT-MP: évolution du coût des accidents du travail.

42334

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 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 2.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2009/10 : 279p.

Cote Irdes : Bc6775/2

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss200910_2.pdf

Le rapport propose une actualisation des prévisions concernant les comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2009, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. Ce second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général.

► Coûts de la maladie

41916

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
LAUDICELLA (M.), OLSEN (K.M.), STREET (A.)

University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

What explains variation in the costs of treating patients in English obstetrics specialities ?

Qu'est-ce qui explique la variation des coûts de traitement dans les services d'obstétrique anglais ?

CHE Research Paper Series ; 49

York : CHE : 2009/07 : 19p., tabl., fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp49.pdf>

We assess patients admitted to English obstetrics departments to identify what proportion of

variation in their costs is explained by patient characteristics and what proportion is due to departmental characteristics. Hospital Episode Statistics records for every patient admitted to obstetrics departments are matched to Reference Cost data by HRG reported by all English hospitals for the year 2005/6. Our sample consists of 951,277 patients in 136 departments. We estimate fixed effects models analysing patient-level costs, explore departmental characteristics that drive variation in costs at department-level and explore the sensitivity of results to the use of the full sample and sub-samples of obstetrics patients. Patient costs depend on various diagnostic characteristics over and above the HRG classification, particularly whether the patient suffered infection. After controlling for patient characteristics a substantial amount of unexplained variation in costs remains at departmental level. Higher costs are evident in departments that are not supported by a neonatology specialty and where factor prices are higher. There is evidence of lower costs in departments with high volumes of activity. We identify departments where further scrutiny of their high costs is required.

42880

DOCUMENT DE TRAVAIL
SUN (E.C.), JENA (A.B.), LAKDAWALLA (D.),
REYES (C.M.), GOLDMAN (P.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

An Economic Evaluation of the War on Cancer.

Evaluation économique de la lutte contre le cancer.

NBER Working Paper Series; n° 15574

Cambridge : NBER : 2009/11 : 47p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15574>

For decades, the US public and private sectors have committed substantial resources towards cancer research, but the societal payoff has not been well-understood. We quantify the value of recent gains in cancer survival, and analyze the distribution of value among various stakeholders. Between 1988 and 2000, life expectancy for cancer patients increased by roughly four years, and the average willingness-to-pay for these survival gains was roughly \$322,000. Improvements in cancer survival during this period created 23 million additional life-years and roughly \$1.9 trillion of additional social value, implying that the average life-year was worth approximately \$82,000 to its recipient.

Health care providers and pharmaceutical companies appropriated 5-19 % of this total, with the rest accruing to patients. The share of value flowing to patients has been rising over time. These calculations suggest that from the patient's point of view, the rate of return to R&D investments against cancer has been substantial.

► Coûts de la santé

42901

OUVRAGE
INHURST (R.W.) / éd.

Health care costs : outlook and options.

Les coûts de santé : Perspective et options.

New York : Nova Sciences Publishers : 2009 : 92p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A3984

https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?cPath=23_29&products_id=8259&osCsid=99b2a3577eb0aa7cb4a92f186ca9820c

The U.S. political system arguably is not particularly effective at addressing gradual long-term problems such as rising health care costs and aging. But the problems caused by rising health care costs are not just long-term ones. In fact, some of them are already having significant effects on various aspects of our society. Health care costs are already reducing workers' take-home pay to a degree that is both under-appreciated and at least partially unnecessary, consuming roughly a quarter of the federal budget, and putting substantial pressure on state budgets (mostly through the Medicaid program), thereby constraining funding for other governmental priorities. Identifying and addressing inefficiencies in the nation's health care system can yield significant benefits, even in the short term, and focusing attention on those effects that are already occurring may be helpful in developing the consensus necessary to make the needed changes (4e de couverture.).

► Croissance économique

42837

COMMUNICATION, INTERNET
KOCOGLU (Y.), DE ALBUQUERQUE (D.)
Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Contributions du secteur de la santé à la croissance économique dans les pays développés : une revue de la littérature.

31èmes Journées des économistes de la santé français. : Rennes, 2009/12/03-04

Paris: CES: 2009 : 37p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Peu d'études empiriques ont réussi à démontrer l'effet de la santé sur la croissance dans les pays développés. Pour apporter des éléments de réponse à ce débat, cette synthèse de la littérature se propose de présenter, dans une première partie, les résultats des travaux concernant les effets de l'amélioration de l'état de santé sur le taux de croissance en exposant notamment les principaux résultats sur les pays en voie de développement et ceux centrés plus spécifiquement sur les pays développés. La seconde partie présente les travaux centrés sur les activités de R&D dans le secteur de la santé (en particulier dans l'industrie pharmaceutique) et leur importance pour la croissance économique

► Dépenses de santé

43356

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BALTAGI (J.), MOSCONE (F.)
Maxwell School of Syracuse University.
Center for Policy Research. (C.P.R.).
Syracuse NY. USA

Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered : Evidence from Panel Data

Les dépenses de santé et le revenu dans les pays de l'OCDE réexaminés : résultats de données de panel.

Syracuse: Maxwell school of Syracuse University: 2010/01 : 22p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www-cpr.maxwell.syr.edu/cprwps/pdf/wp120.pdf>

This paper reconsiders the long-run economic relationship between health care expenditure and income using a panel of 20 OECD coun-

tries observed over the period 1971-2004. In particular, the paper studies the non-stationarity and cointegration properties between health care spending and income. This is done in a panel data context controlling for both cross-section dependence and unobserved heterogeneity. Cross-section dependence is modelled through a common factor model and through spatial dependence. Heterogeneity is handled through fixed effects in a panel homogeneous model and through a panel heterogeneous model. Our findings suggest that health care is a necessity rather than a luxury, with an elasticity much smaller than that estimated in previous studies.

43598

RAPPORT
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Direction des Garanties Mutualistes et de l'Assurance Santé.
Département Information de Santé et Analyse du Risque. Paris. FRA

La prise en charge des dépenses de santé : les évolutions du poids des différents acteurs depuis 1995 : analyse réalisée à partir des comptes nationaux de la santé 2008.

Paris: FNMF : 2009/11 : 37p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6830

Cette note reprend les principaux indicateurs présentés dans les Comptes nationaux de la santé 2008 publiés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les données publiées permettent par ailleurs d'étudier la déformation de la structure de financement de la dépense de soins et biens médicaux ainsi que l'évolution des montants pris en charge par les différents financeurs depuis 1995. Selon les Comptes nationaux de la santé 2008, la consommation de soins et de biens médicaux en 2008 a augmenté par rapport à celle de 2007. Cette augmentation porte la CSBM à 170,5 Md€. La dépense courante de santé atteint 215 Md€. Fait marquant de l'édition 2009, la DREES a présenté une nouvelle approche du financement de la dépense de soins et biens médicaux. A côté de l'approche habituelle de la structure de financement par financeur direct, il est présenté une approche par financeur intermédiaire. Cette note comprend des définitions des principaux indicateurs des comptes de la santé. Elle reprend les principaux indicateurs présentés dans les Comptes nationaux de la santé.

► Dépenses pharmaceutiques

42355

RAPPORT, INTERNET
GRANDFILS (N.), HAUSER (S.)
IMS Health. Paris. FRA
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).
Paris.FRA

Consommation pharmaceutique et indicateurs de santé publique.

Paris: IMS Health: 2009/05: 117p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1429.pdf>

Depuis la moitié du XVIIIème, la mortalité recule et l'espérance de vie augmente. En parallèle, les pays consacrent de plus en plus de leur richesse à la santé et les dépenses de santé, notamment les dépenses pharmaceutiques n'ont cessé de croître au cours des dernières décennies dans les pays industrialisés. Ces deux constats conduisent à se poser la question d'un éventuel lien de cause à effet: les soins médicaux et notamment la consommation pharmaceutique ont-ils un impact sur la santé des nations? Cette question est importante pour le débat sur la politique de santé en France. En effet, la France étant un des pays européens qui investit le plus dans la santé au regard de sa richesse, il est légitime de se demander si cet investissement se retrouve dans des résultats particulièrement élevés en terme de santé de la population. En bref: y a-t-il un retour sur investissement, en termes de santé? Tel est l'objet de cette étude. Ce travail s'inscrit dans la poursuite de 2 études précédemment menées par IMS Health. Ces études ont montré d'une part que la situation de « surconsommation » médicamenteuse française comparée à celle des 4 autres grands pays européens était à nuancer, cette forte consommation dépendant des classes thérapeutiques et des unités de mesure utilisées et que le niveau de consommation médicamenteuse dans les différents pays convergeait dans le temps. D'autre part, une recherche bibliographique a commencé à mettre en évidence que les soins de santé avaient une réelle influence sur la santé publique. La présente étude poursuit les objectifs suivants: Faire une synthèse de la littérature sur le rôle des soins dans l'amélioration de l'état de santé; Caractériser l'état de santé de la France en comparaison avec celui de ses voisins européens; Explorer si les niveaux d'état de santé observés dans les différents pays étudiés peuvent être mis en relation avec les niveaux de consommation

de soins et notamment avec la consommation pharmaceutique.

42839

COMMUNICATION, INTERNET
BARNAY (T.), THIEBAUT (S.), VENTELOU (B.)

Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Prédire les dépenses de médicaments à l'horizon 2025: vieillissement des populations, morbidité des cohortes et consommations des personnes.

31èmes Journées des économistes de la santé français.: Rennes, 2009/12/03-04

Paris: CES: 2009: 25p., tabl., ann.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.ces-asso.org/docs/TextesJESF2009/Barnay.pdf>

Cette étude propose une méthode de prédiction de l'évolution des dépenses de médicaments sous l'effet du vieillissement de la population française à l'horizon 2029. Le support choisi pour la première application de l'outil est la base de données ESPS 2004 de l'Irdes appariée avec l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), seule base française permettant d'observer à la fois les caractéristiques individuelles des agents et leurs dépenses de santé remboursées. Le thème traité est l'impact de changements épidémiologiques (vieillissement, morbidité) sur le montant des dépenses de médicaments. Ces travaux s'appuient sur un modèle de « microsimulation » mis au point par l'Inserm SE4S dans le but de prédire les dépenses de santé des Français à l'horizon 2029, dans différents scénarios de mortalité et de morbidité. Pour simuler la future trajectoire individuelle de santé est employée une matrice de taux de transition inter état permettant de faire vieillir artificiellement les agents. Le modèle intègre deux indicateurs d'état de santé par lesquels chaque agent de la base de données est transféré par microsimulation (créant ainsi une dynamique épidémiologique). Enfin, à l'aide d'une modélisation économétrique de la consommation individuelle des produits pharmaceutiques, cette étude déduit la dépense de médicaments en 2029 par agrégation de la population représentative vieillie jusqu'à cette date.

► EHPAD

42348

RAPPORT

BRANCHU (C.), VOISIN (J.), GUEDJ (J.),
LACAZE (D.), PAUL (S.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Paris: La Documentation Française:
2009/08: 144p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes: B6768

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000473/0000.pdf>

Le présent rapport, consacré à un état des lieux relatif aux coûts mis à la charge de la personne âgée ou de sa famille en cas de séjour en établissement, est issu d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'IGAS a adopté pour 2009. Le premier chapitre rend compte de l'ensemble des informations recueillies au cours des déplacements effectués dans les quatre départements enquêtés et, plus précisément, dans 17 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 3 unités de soins de longue durée (USLD). Compte tenu des informations recueillies, le second chapitre identifie les principales problématiques du système (niveau du montant mis à la charge du résident, coût et contenu de la prestation, etc.). Le dernier chapitre vise à fournir quelques éléments de réponse à deux questions susceptibles, selon l'IGAS, de faire débat à l'avenir: quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires)? Le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande? Le rapport est accompagné de nombreuses annexes qui récapitulent notamment les informations recueillies à l'échelle locale.

► Financement

42916

RAPPORT

MILON (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.
Paris. FRA

Avis sur le projet de loi de finances pour 2010 adopté par l'Assemblée nationale. Tome IV: santé.

Paris: Sénat: 2009: 40p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.senat.fr/rap/a09-103-4/a09-103-41.pdf>

Cet avis rassemble une analyse sur le projet de loi de finances 2010 en matière de santé. Au delà de la stricte analyse budgétaire, trois thèmes sont plus particulièrement étudiés: l'évolution du système des agences sanitaires, la mise en place du plan cancer II et la nécessité de faire face aux besoins en termes de santé mentale.

42744

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

Federal Reserve Board. Divisions of
Research and Statistics and Monetary Affairs.
Washington D.C. USA

Intergenerational aspects of health care.

Les aspects intergénérationnels des soins

Finance and economics discussion series;
2009-38

Washington: Federal reserve board: 2009:
3.p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.federalreserve.gov/pubs/feds/2009/200938/200938pap.pdf>

The physical process of aging means that the use of health services varies significantly by age. This association between age and health care consumption raises a number of issues related to intergenerational and intra-generational equity, including the allocation of societal resources across age groups and the effects of population aging and health cost growth on public sector health care burdens and, hence, on intergenerational redistribution. This working paper (forthcoming as a chapter in the Oxford Handbook of Health Economics) provides a detailed look at the theoretical and empirical relationships between health spending and age, both in the US and internationally, and reviews the evidence on the inter-generational redistribution associated with public health spending over time.

Alcoolisme

40984

RAPPORT, INTERNET
RABINOVICH (L.), BRUTSCHER (P.B.), DE
VRIES (H.), CLIFT (J.), REDING (A.)
Rand Europe. Cambridge. GBR

The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms

La question du prix des boissons alcoolisées dans l'Union européenne. Comprendre le lien entre le coût abordable de l'alcool, sa consommation et ses dangers.

Technical Report ; n° 689

Santa Monica : Rand corporation : 2009 :
123p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR689.pdf

Alcohol has historically been consumed in an unproblematic way by many people across the European Union (EU). However, a significant proportion of alcohol consumption is problematic and generates harms for individuals and societies. Europe has the highest proportion of drinkers and the highest levels of alcohol consumption per population in the world. The high levels of alcohol consumption recorded in the EU have been linked to a number of public health and other problems, including violence and crime, diseases such as liver cirrhosis, lost productivity and absenteeism, family breakdown and accidental deaths. In spite of extensive evidence that raising alcohol prices reduces consumption on a societal level, the trend is that the real price of alcoholic beverages and the real value of alcohol taxation are decreasing across the EU. Against this background, the European Commission asked RAND Europe to conduct a study of the affordability of alcoholic beverages across the EU, and of the potential impacts of affordability on harmful use of alcohol. Specifically, the study is intended to provide evidence on whether alcohol affordability could be a useful policy lever to public authorities seeking to reduce harmful alcohol consumption in Europe. In order to do this, the study: 1) examines the link between the affordability of alcoholic beverages, alcohol consumption and alcohol-related harms; 2) examines the impact of cross-border tax-driven or competition-driven price differentials; and 3) investigates the

policy levers that can influence the affordability of alcohol, by providing an overview of current alcohol pricing policies in place across the EU.

43427

OUVRAGE
ANDERSON (P.)
MOLLER (L.) / éd., MATIC (S.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK

Handbook for action to reduce alcohol-related harm.

Guide d'action pour limiter les effets de l'alcool.

Copenhague : OMS Bureau Régional de
l'Europe : 2009 : 78p.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>

This handbook is designed primarily for people working in health ministries or who are responsible at the regional or municipal level for developing strategies and actions plans to reduce alcohol-related harm. The handbook begins by setting out the infrastructure needed for an effective action plan on alcohol. It then describes 10 areas for effective action: alcohol pricing, availability, marketing, illegally and informally produced alcohol, drink-driving, drinking environments, health care interventions, public awareness-raising, community and workplace action, and monitoring and evaluation. For each area, the handbook outlines strategies, lists questions to consider, offers options for action, lists partners for action and provides a short bibliography of tools and supporting materials.

Cancer

41903

RAPPORT
BELOT (A.), VELTEN (B.), GROSCLAUDE
(P.)
Institut de Veille Sanitaire. (In.V.S.). Saint
Maurice. FRA

Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005.

Saint Maurice : In.V.S. : 2008/12 : 132p., fig.,
tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf

Les résultats fournis dans ce rapport correspondent à une estimation de l'incidence (fréquence des nouveaux cas) et de la mortalité par cancer en France, de 1980 à 2005. Ils constituent une référence actualisée de l'étude précédente portant sur la période 1978-2000. La production de ces estimations a été assurée par le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, les registres français des cancers du réseau Francim et l'Institut de veille sanitaire. Ce rapport donne une analyse détaillée des données d'incidence et de mortalité par cancer en France, présentée de façon standardisée pour l'ensemble des cancers et pour chacune des 21 localisations cancéreuses étudiées chez les hommes et des 23 localisations étudiées chez les femmes.

42572

RAPPORT

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

La situation du cancer en France en 2009.

Boulogne Billancourt : INCa : 2009/10 : 208p.,
tabl., annexes.

Cote Irdes : B6778

http://www.e-cancer.fr/les-soins/dispositif-d-annonce/outils-de-liaison-medecin—ide/doc_download/1285-la-situation-du-cancer-en-france-en-2009

Ce rapport est une synthèse des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la lutte contre le cancer. Il examine tour à tour les malades du cancer et leurs environnements, les données épidémiologiques, les facteurs de risque, le dépistage, l'offre et l'organisation des soins, la recherche. Le dernier chapitre se penche sur l'épidémiologie et les facteurs de risque des cancers les plus fréquents.

42598

RAPPORT, INTERNET

ATUN (R.), OGAWA (T.), MARTIN-MORENO (J.M.)

Imperial College of London. Business School.
Londres. GBR

Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe.

Analyse de programmes nationaux de lutte contre le cancer en Europe.

Londres : Imperial college, Business School :
2009/06 : 97p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/4204/1/Cancer % 20Control % 20vf2.pdf](http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/4204/1/Cancer%20Control%20vf2.pdf)

The objective of this study is to carry out a systematic assessment of the currently available National Cancer Control Plans (NCCPs) in Europe based on an analytical framework which consistently follows a health systems approach (examining not only the service provision aspect, but also issues of financing, resource generation and governance). The rationale for the investigation arises upon observing the emerging trend, propelled by repeated calls from patients, cancer experts and international bodies, to articulate an organized plan of action to face the cancer burden in all its settings. The researchers understand that an analysis using this approach will enable a consistent and objective comparison of planning to address the cancer burden in various settings: enabling systematic mapping of cancer plans in different countries and identifying the good practices and diversity that exists. In turn, this knowledge could be used to improve the quality and coherence of present and future cancer plans.

42619

OUVRAGE

BACQUE (M.F.), BAILLET (F.)

La force du lien face au cancer.

Paris : Odile Jacob : 2009 : 396p.

Cote Irdes : A3933

Réalisé par des oncologues et des psychologues spécialisés en oncologie, cet ouvrage définit une nouvelle alliance entre le patient et le cancer. Ce lien face au cancer réunit les dimensions psychologique et somatique de la maladie, il unit la personne à son équipe médicale; il unit tous les citoyens, dans une réflexion sur la place du cancer dans la société. Si les mythes du cancer font encore de l'annonce de la maladie un choc, la pratique d'une relation plus humaine du médecin et des soignants contribue à transformer cette énergie en prise en main d'une nouvelle vie. Si les technologies de pointe transforment la maladie en parcours du combattant, dialogue et médiation permettent une quête spirituelle de sens dans l'histoire de chacun. Les aspects psychologiques de ce parcours, de la prévention aux traitements, de la découverte de sa finitude à l'élaboration de nouvelles relations avec ses proches, sont abordés sans tabous

dans ce livre-compagnon de route mais aussi plaidoyer pour un humanisme thérapeutique.

42625

RAPPORT

CURADO (M.P.) / éd., EDWARDS (B.) / éd., STORM (H.) / éd., HEANUS (M.) / éd., BOYLE (P.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, Centre International de Recherche sur le Cancer. (C.I.R.C.).Lyon. FRA

Cancer incidence in five continents. Volume IX.

L'incidence des cancers dans cinq continents. Volume IX.

Lyon: I.A.R.C.: 2009 : 896p., tabl.

Cote Irdes : B6782

It is difficult to estimate the number of people around the world who work diligently to collect the data that are presented in Cancer Incidence in Five Continents. One thing is clear: it is a large number. Surgeons, oncologists, pathologists, radiologists, radiotherapists, epidemiologists, statisticians, coding clerks and many other staff from different specialist backgrounds engaged in medical practice and medical records, contribute to the accurate diagnosis and coding of cancer. Their combined work is summarized in the pages of this volume. Cancer Incidence in Five Continents has become the recognised reference source on the incidence of cancer in populations around the world. The ninth volume has a wider coverage than before presenting data from around the year 2000 (ideally the period 1998-2002) not only for entire populations but also for sub-populations living in the same geographic area. This volume presents incidence data from populations all over the world for which good quality data are available. Scanning through the information gives a clear presentation of the changing cancer patterns worldwide. The nine volumes of Cancer Incidence in Five Continents now cover a period of approximately forty years. This new data is meant to be used and be useful.

► Données d'ensemble

42136

ATLAS, INTERNET

Eurostat. Luxembourg. LUX

Health statistics – Atlas on mortality in the European Union.

Statistiques de la santé - Atlas de la mortalité dans l'Union Européenne.

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2008 : 205p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-08-357/EN/KS-30-08-357-EN.PDF

Cet atlas de la mortalité dans l'Union européenne a pour objectif de décrire la situation des États membres de l'Union européenne face à la mortalité. C'est une mise à jour du précédent atlas publié par Eurostat en 2002, basé sur les données 1994-1996. Depuis lors, le nombre de pays européens inclus a considérablement augmenté. Ce nouvel atlas présente les données de mortalité 2002-2004 des instituts statistiques nationaux et des agences gouvernementales compétentes des 27 États membres de l'Union européenne plus la Norvège, l'Islande, la Suisse et la Croatie, ventilées par âge, sexe, principales causes de décès et 272 régions européennes. De plus, la sélection des causes de décès et des indicateurs à présenter dans cet atlas ont été révisés et les différences de facteurs de risque comme base potentiel pour les différences de profils de mortalité sont décrites.

42728

RAPPORT

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE.

Health at a glance 2009. OECD indicators

Paris : OCDE : 2009 : 200p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : A3951

<http://www.oecd.org/sante/panoramadelasante>

Cette cinquième édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes sur différents aspects des performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Elle montre clairement

les fortes variations existant entre les pays en ce qui concerne les coûts, les activités et les résultats des systèmes de santé. Les indicateurs clés fournissent des informations sur l'état de santé, les déterminants de santé, les activités relatives aux soins de santé, ainsi que sur les dépenses de santé et leur financement dans les pays de l'OCDE. Cette édition contient aussi de nouveaux chapitres sur le personnel de santé et sur l'accès aux soins, qui est un important objectif des politiques de santé dans tous les pays de l'OCDE. Le chapitre sur la qualité des soins a été augmenté d'un ensemble d'indicateurs sur la qualité des soins pour les affections chroniques. Cette publication s'appuie principalement sur Eco-Santé OCDE 2009, la base de données la plus complète sur la santé et les systèmes de santé dans les 30 pays membres de l'OCDE.

D Drogues

42690

RAPPORT, INTERNET
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. (O.E.D.T.). Lisbonne. POR

Etat du phénomène de la drogue en Europe : Rapport annuel 2009

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européenne : 2009 : 110p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/oedt2009r.pdf>

Le présent rapport propose une évaluation actualisée et détaillée du phénomène de la drogue en Europe. Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2007 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée.

42745

RAPPORT
IMBERT (F.), MILLOT (I.), LECLERC (C.), MERLE (S.), ROBIN (S.), FONTAINE (D.), BERNARDIN (E.)
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris. FRA

Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires.

Paris : FNORS : 2007/09 : 101p., graph., tabl., carte

Cote Irdes : C, B6799

<http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/addictions.pdf>

Cette synthèse nationale présente un état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée et une analyse des évolutions en faisant apparaître les particularités régionales. L'alcool, le tabac et les drogues illicites sont les substances les plus citées à travers les chapitres suivants : l'offre et la production, la consommation, les conséquences sur la santé, la prévention et la prise en charge et les conséquences judiciaires (Résumé d'auteur).

43629

RAPPORT
COSTES (J.M.) / Dir.
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Saint Denis. FRA

Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 - Vue au travers du dispositif TREND.

Saint Denis : OFDT : 2010 : 192p.

Cote Irdes : A4006

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjqc2.pdf>

Quelles ont été au cours des dix dernières années les principales transformations du paysage des drogues illicites en France ? Quelles évolutions a-t-on pu observer concernant les produits, les modalités d'usage et les populations concernées ? Pour apporter des éléments de réponses, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies revient sur les données qualitatives et quantitatives recueillies et analysées par le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND). Créé en 1999 par l'OFDT, TREND est en effet centré sur les populations particulièrement consommatrices de produits illicites et sur les phénomènes émergents liés à ces

usages. Les informations fournies par l'ensemble des sites locaux de TREND (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse en 2010), le système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) et les nombreuses investigations spécifiques permettent de revenir sur ces grandes mutations. À travers douze chapitres, cet ouvrage de synthèse décrit les principaux changements intervenus dans l'espace urbain (structures de première ligne, rue, squats...) et l'espace festif techno (Résumé d'auteur).

► Environnement et santé

39105

RAPPORT

HOST (S.), CHATIGNOUX (E.)

GREMY (I.) / Dir.

Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA

Erpurs. Evaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé: Analyse des liens à court terme entre pollution particulaire et morbidité (2003-2006).

Paris: ORSIF: 2008/09: 82p., tabl., graph.

Cote Irdes: c, B6558

http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/erpurs_4pages_particules.pdf

Le programme Erpurs constitue un système de surveillance épidémiologique de la qualité de l'air permettant de disposer d'informations réactualisées régulièrement sur les liens entre pollution atmosphérique urbaine et santé dans la région Ile-de-France, et d'étudier l'évolution de ces liens au cours du temps. Dans le cadre de ce programme, l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France (ORS) a eu pour objectif la poursuite de la surveillance épidémiologique en routine des effets sanitaires de la pollution atmosphérique, avec la finalisation de l'analyse initiée en 2007 portant sur les liens à court terme entre particules fines et grossières et santé. L'analyse des effets sanitaires de la pollution particulaire sur Paris et sa proche couronne fait l'objet du présent rapport.

► Obésité

41817

OUVRAGE

POULAIN (J.P.)

Sociologie de l'obésité.

Paris: PUF: 2009: 360p., tabl., fig.

Cote Irdes: A3895

Qualifiée d'épidémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé, l'obésité n'a cessé ces dernières années de mobiliser le milieu médical, de questionner les différentes instances scientifiques, d'interpeller le monde politique et de faire à intervalle régulier les grands titres des médias. Ses conséquences sont en effet multiples, tant sur le plan strictement sanitaire qu'économique ou social. Mais les dimensions sociales de l'obésité ne se réduisent pas à ses déterminants sociaux: niveaux et modes de vie, discriminations et stigmatisations dont sont victimes les personnes en surpoids ou encore normes et modèles d'esthétique corporelle. Pour dépasser l'apparente et souvent aveuglante évidence problématique du corps obèse, il convient de prendre en compte les controverses scientifiques qui traversent cette question afin de mettre au jour les jeux de concurrence et les stratégies conflictuelles entre acteurs du système médical, de l'agro-alimentaire, de l'industrie pharmaceutique, des médias et des différents ministères concernés. À travers l'obésité, ce sont bien les relations entre science, culture et société qui sont interrogées. Une fois les conditions de sa thématization contemporaine analysées, il est possible de revenir à la question centrale de ce livre: quels peuvent être les apports des sciences sociales à la compréhension et à la prise en charge de ce sujet devenu de société?

42634

RAPPORT, INTERNET

Institut Roche de l'Obésité. Neuilly-sur-Seine. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.) U258. Paris. FRA, TNS-Sofres. Montrouge. FRA

Obépi-Roche 2009: enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.

Neuilly-sur-Seine: Institut Roche de l'Obésité: 2009: 56p., tabl.

Cote Irdes: en ligne

http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/obepi_roche_2009

Réalisée tous les trois ans depuis 1997, l'enquête a recours à une méthodologie constante

utilisant un questionnaire auto-administré. L'enquête 2009 fournit des informations sur la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adultes de plus de 18 ans en 2009, sur l'évolution de cette prévalence entre 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009, sur la prévalence des facteurs de risque notamment constitutifs du syndrome métabolique et du tabagisme entre 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009. Enfin, elle nous renseigne sur la prévalence et l'évolution de la prévalence de l'obésité de la personne âgée de 65 ans ou plus.

► Risques globaux

43229

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

Global health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.

Risques de santé globaux. Mortalité et poids de la maladie attribuable à une sélection de risques majeurs.

Genève: OMS: 2009/12: 62p., tabl., fig.

Cote Irdes: En ligne

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

A description of diseases and injuries and the risk factors that cause them is vital for health decision-making and planning. Data on the health of populations and the risks they face are often fragmentary and sometimes inconsistent. A comprehensive framework is needed to pull together information and facilitate comparisons of the relative importance of health risks across different populations globally.

► Santé mentale

42484

RAPPORT
FRIEDLI (L.)
World Health Organization. (W.H.O.).
Regional Office for Europe. Copenhagen.
INT, Organisation Mondiale de la Santé.
Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen.
INT

Mental health, resilience and inequalities.

Santé mentale, résilience et inégalités

Copenhague: OMS Bureau regional de l'Europe: 2009: V+55p.

Cote Irdes: C, en ligne

<http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf>

This report highlights the importance of policies and programmes to support improved mental health for the whole population. Just as we know that a small reduction in the overall consumption of alcohol among the whole population results in a reduction in alcohol related harm, so a small improvement in population wide levels of wellbeing will reduce the prevalence of mental illness, as well as bringing the benefits associated with positive mental health. Priorities for action include: social, cultural and economic conditions that support family and community life; education that equips children to flourish both economically and emotionally; employment opportunities and workplace pay and conditions that promote and protect mental health; partnerships between health and other sectors to address social and economic problems that are a catalyst for psychological distress; reducing policy and environmental barriers to social contact.

43304

RAPPORT
ZUMKELLER (M.)
Assemblée Nationale. Commission des Lois Constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration Générale de la République.
Paris. FRA

Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures.

Paris: Assemblée Nationale: 2009/12: 136p.

Cote Irdes: B6818

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2130.pdf>

Ce rapport aborde la question de l'état de santé des mineurs placés sous main de justice, tant dans la phase préparatoire à la décision de justice que dans la phase de son exécution. Il estime nécessaire d'améliorer le suivi sanitaire et psychique de ces mineurs, et de « repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale ». Dans une première partie, le rapport préconise de parfaire les connaissances statistiques sur l'état de santé des mineurs placés sous main de justice. Puis il émet des propositions pour renforcer le partenariat entre les ministères de la justice et de la santé et suggère notamment la mise en place d'un dossier judiciaire unique. Enfin le rapport présente des recommandations pour améliorer la prise en charge

des mineurs présentant des troubles du comportement qui sont souvent placés dans des établissements inadaptés.

▸ Sécurité routière

43425

OUVRAGE, INTERNET

World Health Organization. (W.H.O.).
Regional Office for Europe. Copenhagen.
INT, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe.
Copenhagen. INT

**European status report on road safety:
towards safer roads and healthier transport
choices.**

*Rapport européen sur la sécurité routière: vers
des routes plus sûres et des modes de transport
plus favorables à la santé.*

Copenhagen: Bureau Régional de l'Europe :
2009 : IX+161p., ill., fig.

Cote Irdes: C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/e92789.pdf>

In the WHO European Region alone, road crashes result annually in 120 000 deaths, 2.4 million injuries and a great economic burden. Road traffic injuries are the leading cause of death among people 5-29 years old. Two WHO reports launched in 2004 and the ensuing advocacy activities have helped to raise global awareness of the problem of road traffic injuries and the evidence for effective prevention. In 2008, WHO carried out a global assessment of road safety since then. This publication provides an overview of the results for the European Region and 49 country profiles on road safety, based on the data collected in the survey. This baseline assessment of what has been done in countries to improve the road safety situation offers a strong tool for stimulating debate and action both nationally and internationally. It provides policy-makers and practitioners with the evidence they need to develop both healthier transport policies and multisectoral evidence-based strategies to prevent this leading cause of death and disability (résumé de l'éditeur).

▸ Tabagisme

42485

RAPPORT

South-Eastern Europe Health Network.
EUR, World Health Organization. (W.H.O.).
Regional Office for Europe. Copenhagen.
INT, Ministry of Foreign Affairs of Norway.
NOR, Ministry of Health and Care Services of
Norway. NOR

**Reversing the tobacco epidemic: saving lives
in South-Eastern Europe.**

*Inverser l'épidémie de tabac: sauver des vies
dans l'Europe du Sud-Est.*

Copenhagen: Bureau Régional de l'Europe :
2008 : 90p., ill.

Cote Irdes: C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91840.pdf>

Tobacco smoking is a leading contributor to the disease burden in South-eastern Europe. In response to this threat, the global community has united its efforts by endorsing the WHO Framework Convention on Tobacco Control, which aims to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic effects of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke by providing a framework for tobacco control measures. The spread of the tobacco epidemic is a global problem with serious consequences for public health. The situation is the same in south-eastern Europe, as confirmed by the study followed by the report Health and economic development in south-eastern Europe, reflecting the impact of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke on health, economy and the environment of countries in south-eastern Europe. [...] [P. 9] [Contents] 2. Smoking prevalence and health effects of tobacco use. - 3. Overview of the national tobacco control policies in light of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. - 4. Country summaries: Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Republic of Moldova, Montenegro, Romania, Serbia, The former Yugoslav Republic of Macedonia.

43064

RAPPORT

Les Droits des Non Fumeurs. (D.N.F.). Paris. FRA

Le tabac en France entre 2006 et 2009.

Evolution des comportements, détournement de la loi et nouvelles menaces.

Paris : association Droits des non fumeurs : 2009/12 : 72p.

Cote Irdes : B6812

<http://www.blogexpert.info/dnf.pdf>

L'association Droit des non-fumeurs (DNF), association reconnue de mission d'utilité publique, a adressé au ministère de la Santé un rapport intitulé : « Le tabac en France entre 2006 et 2009. Evolution des comportements, détournement de la loi et nouvelles menaces ». Ce rapport fait notamment le bilan de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, trois ans après sa mise en application. Une autre partie développe la question de la publicité en faveur du tabac, qui, selon DNF, se re-normalise dans les médias, ou se renouvelle par le biais d'opérations de sponsoring. DNF appelle à une remobilisation pour le contrôle de la publicité des industries du tabac et pour le respect de la loi d'interdiction de fumer dans les lieux publics. L'association recommande notamment de traiter sérieusement le problème du tabagisme en terrasse, qui expose un nombre important de salariés et de clients à la fumée du tabac. Elle regrette les dérogations accordées de fait à certains établissements comme les salons de thé-narguilé. Elle recommande l'application des sanctions pour les infractions à l'égard du code de la Santé publique, et leur recensement statistique. Enfin, l'association souligne l'importance du contrôle de la publicité dans les médias.

► Téléphonie mobile

42840

RAPPORT, INTERNET GEST (A.)

Assemblée Nationale. Paris. Fra, Sénat. Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

Les incidences éventuelles sur la santé de la téléphonie mobile. Tome I (rapport) - Tome II (auditions publiques)

Paris : Assemblée nationale ; Paris : Sénat : 2009 : 2 vol. (243 ; 136p.)

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/opecst/rapports.html>

Alors que, en moins d'une décennie, la moitié de l'humanité s'est équipée d'un téléphone portable (en France c'est le cas de 91 % de la population), des inquiétudes persistent quant aux effets sanitaires des antennes relais, sans lesquelles ne pourrait pourtant pas fonctionner le téléphone mobile. Ce paradoxe est au cœur du présent rapport, dont l'un des objets est de réactualiser un précédent rapport de l'OPECST publié en 2002 - le rapport Lorrain-Raoul - qui traitait également de l'incidence éventuelle sur la santé de la téléphonie mobile. Le présent rapport comprend quatre chapitres : le chapitre premier de portée plus pédagogique, rappelle les principales notions de physique et de biologie nécessaires à la compréhension des interactions entre le corps humain et les ondes électromagnétiques qu'émettent les technologies du téléphone mobile. Le deuxième chapitre expose l'état contrasté des connaissances scientifiques. Dans le troisième chapitre, le rapporteur examine les controverses publiques sur les résultats des études et expertises scientifiques. Faisant état des constatations qu'il a pu faire à l'occasion de ses déplacements à l'étranger, le rapporteur indique que les mêmes controverses s'y retrouvent également en partie. En revanche, aucun pays n'a autant insisté que la France sur la dimension sanitaire de la problématique du téléphone mobile. En outre, aucune juridiction n'a prononcé le démantèlement d'une antenne relais ni interdit son installation sur la base du principe de précaution et du rapport Bioinitiative. Enfin, dans le quatrième chapitre, le rapporteur formule des recommandations qui visent à poursuivre l'effort de recherche et d'innovation et à parvenir à une gouvernance efficace (Résumé de l'éditeur).

► Travail et santé

39571

RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction des Risques Professionnels. (D.R.P.). Paris. FRA

Sinistralité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2003 et 2007 : Branche AT/MP du régime général de la Sécurité sociale.

Paris : CNAMTS : 2008/09 : 17p., tabl.

Cote Irdes : C, S32/2

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/2008-0247SinistraliteATMP20032007.pdf

Ce dossier, remis à jour une fois par an, offre une synthèse descriptive des principales informations disponibles sur la sinistralité de la branche AT/MP (accidents du travail et maladies professionnelles) du régime général de la sécurité sociale, pour les 5 dernières années connues, ici les années 2003 à 2007. Les sinistres dont il est tenu compte dans ces statistiques, sont les sinistres AT/MP—accidents du travail, du trajet ou maladies professionnelles—ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins 24 heures, une incapacité permanente ou/et un décès.

41532

RAPPORT, INTERNET
COHIDON (C.), SANTIN (G.)
Institut de Veille Sanitaire. Département
Santé Travail. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA

Conditions de travail selon l'activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.

Saint Maurice : INVS : 2007/10 : 58p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/conditions_travail/rapport_conditions_travail.pdf

L'objectif de ce rapport est de décrire certaines conditions de travail selon l'activité professionnelle en France. Il s'appuie sur les données de la dernière Enquête décennale santé menée en France en 2003 par l'Insee et mises à la disposition de l'InVS. Les conditions de travail étudiées sont relatives aux horaires atypiques, à la pression temporelle, aux contraintes physiques et psychosociales ou à d'autres expositions classées en "diverses" (âge au premier emploi, temps de trajet...). De plus, le statut de l'emploi (salarié du public, du privé, de sa propre entreprise ou à son compte), la nature de l'emploi chez les salariés (apprenti ou stagiaire, intérimaire, contrat à durée déterminée, contrat à durée indéterminée) ainsi que le temps de travail (temps partiel ou temps complet) ont été décrits chez les actifs occupés. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux très brièvement commentés. Les données relatives à l'emploi recueillies dans cette enquête sont intéressantes, car elles offrent une vision globale de la période d'activité professionnelle, complétée par des descriptions plus approfondies de certaines parties de cette période. Ces descriptions viennent compléter les résultats de deux autres enquêtes nationales, qui portent exclusivement sur les conditions de

travail: l'enquête "Conditions de travail" de 1998 et 2005 et l'enquête Sumer 2003 dont le champ d'application est sensiblement différent. (Résumé d'auteur).

42145

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KUHN (A.), LALIVE (R.), ZWEIMÜLLER (J.)
University of Zurich. Institute for Empirical
Research in Economics. Zurich. CHE

The public health costs of job loss

Les coûts de la perte d'emploi pour la santé publique.

Working Paper ; n° 424

Zurich : Institute for Empirical Research in
Economics : 2009/08 : 40p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iew.uzh.ch/wp/iewwp424.pdf>

We study the short-run effect of involuntary job loss on comprehensive measures of public health costs. We focus on job loss induced by plant closure, thereby addressing the reverse causality problem of deteriorating health leading to job loss as job displacements due to plant closure are unlikely caused by workers' health status, but potentially have important effects on individual workers' health and associated public health costs. Our empirical analysis is based on a rich data set from Austria providing comprehensive information on various types of health care costs and day-by-day work history at the individual level. Our central findings are: (i) overall expenditures on medical treatments (hospitalizations, drug prescriptions, doctor visits) are not strongly affected by job displacement; (ii) job loss increases expenditures for antidepressants and related drugs, as well as for hospitalizations due to mental health problems for men (but not for women); and (iii) sickness benefits strongly increase due to job loss.

42195

DOCUMENT DE TRAVAIL
FLETCHER (J.M.), SINDELAR (J.L.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Estimating Causal Effects of Early Occupational Choice on Later Health: Evidence Using the PSID

Estimations des effets du premier emploi sur l'état de santé ultérieur: données issues de l'enquête PSID.

NBER Working Paper Series ; n° 15256

Cambridge : NBER : 2009/08 : 27p., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15256>

In this paper, we provide some of the first empirical evidence of whether early occupational choices are associated with lasting effects on health status, affecting individuals as they age. We take advantage of data on occupational histories available in the Panel Study of Income Dynamics (PSID) to examine this issue. To the PSID data, we merge historical Census data that reflect the labor market conditions when each individual in the PSID made his first occupational choice. These data on labor market conditions (e.g. state-level share of blue collar workers) allow us to instrument for occupational choice in order to alleviate endogeneity bias. We use parental occupation as additional instruments. Since our instruments may have indirect effects on later health, we also control for respondent's pre-labor market health, education and several family and state background characteristics in order to make the instruments more plausibly excludable. We find substantial evidence that a blue collar occupation at labor force entry is associated with decrements to later health status, *ceteris paribus*. These health effects are larger after controlling for endogeneity and are similar across sets of instruments. We also find differences in the effects of occupation by gender, race, and age.

42221

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
PATIRAJ (K.), MISHRA (R.)

Effect of Job Stress and Personal Life Stress on Mental Health and Job Outcomes of Medical Professionals

Effet du stress dans la vie professionnelle et personnelle sur la santé mentale et le travail des professionnels de santé.

Working paper series

Rochester : Social Science Electronic Publishing : 2009/07 : 19p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1437409

The performance of a health organization depends on the knowledge, skills and motivation of individuals. It is therefore important for employees to provide suitable working conditions to ensure that the performances of employees meet the desired standards. The study aims to identify stress related

factors that positively and negatively affect performance of medical professionals. We have confined our self to two types of stress. Job Stress and Personal Life Stress and its impact on Mental Health and Job Outcomes. And under job outcomes the focus will be on job satisfaction and performance. The present study was conducted on 75 subjects belonging to medical profession. To measure stress we used Life Changes Experience Survey developed by Dohrenwend, Krashaff, Askensley and Dohrenwend (1978). Mental Health Questionnaire (MHQ) developed by Srivastava and Bhatt (1973) was used for the assessment of the extent of mental ill-health of employees. Mental Health Inventory (MHI) developed by Jagdish & Srivastav (1983) was employed in the assessment of mental health. Satisfaction - Dissatisfaction (S.D) Employees Inventory developed by Pestonjee (1973) was used to measure the level of job satisfaction.

42232

RAPPORT, INTERNET
HASSAN (E.), AUSTIN (C.), CELIA (C.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Health and wellbeing at work in the United Kingdom.

Santé et bien-être au travail au Royaume-Uni.

Technical Report ; n° 758

Santa Monica : Rand corporation : 2009 : 67p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR758.pdf

The literature review is intended to provide evidence on whether health workplace interventions could be useful to mitigate health risk factors, and to reduce the costs associated with poor health and wellbeing in British workplaces and the NHS. In order to achieve this, the study: (1) examines the extent of poor health and wellbeing in British workplaces and the NHS; (2) reviews the scholarly literature on the effectiveness of health workplace interventions in terms of health and work-related outcomes; and (3) identifies some lessons that can be learnt from a small group of 'good practice' comparators identified by Dr Steve Boorman.

42243

RAPPORT, INTERNET

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

OSH in figures : stress at work - facts and figures

L'OSH en chiffres : le stress au travail - faits et chiffres.

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2009 : 139p.

Cote Irdes : en ligne

http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

Stress at work is common throughout Europe. In surveys carried out every five years by the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, respondents name it as the second most common threat posed by the working environment. Only musculoskeletal problems are seen as more likely to damage workers' health. According to the fourth European Survey of Working Conditions, carried out in 2005 in all Member States, stress was experienced by an average 22 % of working Europeans. In 2002, the annual economic cost of work-related stress in the EU15 was estimated at EUR 20,000 million.

42253

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
BOCKERMAN (P.), LAUKKANEN (E.)

Predictors of sickness absence and presenteeism : Does the pattern differ by a respondent's health ?

Les prédicteurs des congés maladie et de l'assiduité : est-ce-que les caractéristiques diffèrent selon l'état de santé de la personne interrogée ?

MRPA paper ; 17067

Munich : MRPA : 2009 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://mprp.ub.uni-muenchen.de/17067/1/MRPA_paper_17067.pdf

We examine the predictors of sickness presenteeism in comparison with sickness absenteeism. The paper focuses on the effects of working-time match and efficiency demands and differentiates the estimates by a respondent's self-assessed health. Methods: We use survey data covering 884 Finnish trade union members in 2009. We estimate logit models. All models include control variables such as the sector of the economy and the type of contract. Results: Working-time

match between desired and actual weekly working hours reduces both sickness absence and presenteeism in the whole sample that consists of workers with all health levels. The point estimates reveal that working-time match decreases the prevalence of sickness absence by 7 % and presenteeism by 8 %. However, the estimates that differentiate by a respondent's health show that this pattern prevails only for those workers who have poor health. Hence, the point estimates for those who have poor health are much larger than the ones for the whole sample. Working-time match reduces the prevalence of sickness absence by 21 % and presenteeism by 20 % for those workers who have poor health. In contrast, working-time match has no influence whatsoever on the prevalence of work-related sickness for those who have good health. We also find that efficiency demands increase presenteeism in the whole sample. However, additional results reveal that this pattern prevails only for those workers who have good health. Conclusions: The effects of working-time match and efficiency demands on the prevalence of sickness absence and presenteeism are strongly conditional upon a worker's self-assessed health level. Therefore, the worker's initial health is an important attribute that has to be taken into account when one is designing appropriate policies to reduce sickness absence and presenteeism.

42548

RAPPORT, INTERNET

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

Preventing risks to young workers : policy, programmes and workplace practices.

Prévention des risques chez les jeunes travailleurs : politiques, programmes et pratiques professionnelles.

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2009 : 139p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

Young workers (15–24 years) are a very vulnerable group when it comes to occupational safety and health (OSH). However, the majority of OSH risks are preventable — whether they involve young or older workers — by applying the principles of risk assessment and putting in place the necessary preventive measures. To support information exchange on best practice, the agency has produced a

report about how the occupational safety and health of young workers can be managed at policy and practice level. The report includes a variety of case studies and also identifies some success factors for prevention.

42618

RAPPORT, INTERNET
GOLLAC (M.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA, Ministère chargé du Travail.
Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).
Paris. FRA, Collège d'Expertise sur le Suivi Statistique des Risques Psychosociaux au Travail. Paris. FRA

Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail.

Paris : DREES : 2009 : 33p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.a-smt.org/textes/rapport_08_10.pdf

À la demande du ministre en charge du travail, un collège d'expertise a reçu pour mission de formuler des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Ce collège comprend des économistes, des ergonomes, des épidémiologistes, un chercheur en gestion, des chercheurs en médecine du travail, des psychologues et psychiatres, des sociologues et des statisticiens. Dans un premier temps, le collège a élaboré une batterie provisoire d'indicateurs immédiatement disponibles compte tenu des sources statistiques existantes. Chacun de ces indicateurs est pertinent, mais ils ne donnent pas encore une vue exhaustive et synthétique des risques psychosociaux au travail. Les utilisateurs sont invités à prendre connaissance des textes qui accompagnent ci-après les chiffres et qui en précisent la portée et les limites.

42620

RAPPORT, INTERNET
GRIFFITHS (A.), KNIGHT (A.), NOR MOHD MAHUDIN (D.)
University of Nottingham. Institute of Work, Health and Organisations. Nottingham. GBR
Age Concern. Londres. GBR, The Age and Employment Network (T.A.E.N.). Londres. GBR

Ageing, work-related stress and health. Reviewing the evidence.

Viellissement, stress lié au travail et santé. Revue des évidences.

Londres : The Age and Employment Network : 2009 : 33p.

Cote Irdes : En ligne

http://taen.org.uk/uploads/resources/24455_TAEN_Work_Related_Stress_32pg.pdf

This scientific literature review was jointly commissioned by TAEN - The Age and Employment Network, and Age Concern and Help the Aged. The majority of reviews of research on work-related stress, its causes and its effects have been based on large groups of workers very rarely distinguished by age. This report aims to address the gap.

42893

RAPPORT
COPE (J.F.) / Pres., MEHAIGNERIE (P.) / Pres.
POISSON (J.F.), JARDE (O.)
Assemblée Nationale. Commission de Réflexion sur la Souffrance au Travail. Paris. FRA

Commission de réflexion sur la souffrance au travail.

Paris : Assemblée nationale : 2009/12 : 60p.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.lasouffranceautravail.fr/tl_files/telechargements/Rapport % 20final-2.pdf](http://www.lasouffranceautravail.fr/tl_files/telechargements/Rapport%20final-2.pdf)

Les députés UMP et Nouveau Centre de la commission de réflexion sur la souffrance au travail, présidée par Jean-François Copé et Pierre Méhaignerie, ont présenté, le 16 décembre, les conclusions de leur travaux. Le rapport et les synthèses des réflexions de chaque atelier ont été mis en ligne sur leur site dédié. Il en découle 4 priorités et 30 propositions pour « travailler mieux pour gagner plus ensemble ». Afin d'assurer une meilleure organisation des services de santé au travail, la commission suggère qu'ils "soient organisés à l'échelon régional. Ils pourraient être pilotés par les agences régionales de santé". Les élus de la majorité présidentielle souhaitent renforcer l'indépendance du médecin du travail et donner un rôle stratégique au CHSCT, en lui assurant une nouvelle légitimité grâce à l'élection directe de ses membres, et à la présence effective du dirigeant à ses réunions. D'autre part, la Commission propose de renforcer ses moyens d'action par la formation de ses membres et l'attribution à cette structure d'un vrai budget. Pour vérifier

que les choses avancent dans le sens préconisé par le rapport, Jean-François Copé a annoncé la création d'un comité de suivi et la tenue à la fin du premier semestre 2010 d'un colloque sur ce thème.

43365

RAPPORT
CAU-BAREILLE (D.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-Le-Grand. FRA

Véçu du travail et santé des enseignants en fin de carrière: une approche ergonomique.

Noisy Le Grand: CEE : 2009/11 : 64p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6822

<http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/56-vecu-travail-sante-enseignants-carriere-ergonomique.pdf>

La recherche présentée ici porte sur les fins de carrière chez les enseignants, les enjeux de travail et de santé que cette période comporte, et leurs liens avec les aspirations en matière de cessation d'activité. En s'intéressant à la question des âges et modalités de départ, ce rapport veut apporter, dans le débat actuel sur l'allongement des fins de carrière, des éléments qui permettraient de tenir compte de la spécificité des métiers, de leurs formes de pénibilités, des enjeux qui les sous-tendent. Il a voulu aussi intégrer dans cette réflexion des éléments souvent absents des études ergonomiques: l'articulation entre les différentes sphères de vie. L'auteur a centré ses investigations sur l'activité de travail et a opté pour des entretiens approfondis centrés sur l'activité du travail et le vécu du travail. L'objectif était de cerner, au travers de la reconstitution du parcours professionnel des enseignants, l'évolution de leurs rapports à l'activité de travail, les difficultés qu'ils rencontrent en fin de carrière au vu de leur activité antérieure, les arbitrages qu'ils sont contraints à réaliser en fonction de l'évolution du métier, du rapport aux élèves, aux parents, à l'institution, à la société dans sa globalité, de l'évolution de leur état interne. Au travers des questionnements sur le travail, sur le quotidien de l'activité, sur les modes opératoires mis en jeu dans le travail, sur les stratégies de gestion des classes et des élèves, il a cherché à montrer quels sont les arguments parfois contradictoires qui poussent à rester dans le métier et/ou poussent à le quitter (D'après le résumé de l'auteur).

► Conditions de vie

42256

RAPPORT, INTERNET
JURGES (H.), HANK (K.)
Mannheim Research Institute for the Economic of Aging. (M.E.A.). Mannheim. GER

The Last Year of Life in Europe: Initial Findings from the SHARE Study.

La dernière année de la vie en Europe. Résultats initiaux issus de l'enquête SHARE.

Mannheim Economics Department
Discussion Papers ; 177-2009

Mannheim: MEA: 2009 : 26p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_177-09.pdf

This article provides an explorative overview of the life circumstances of older Europeans in their last year of life. Using information from 526 end-of-life interviews conducted as part of the 2006-07 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we detect a high prevalence of disability in the last year of life, varying by socio-demographic characteristics and geographic region. The most important sources of help in the year prior to death are children and children-in-law, but non-family also plays a major role, particularly in Northern Europe. Two fifths of the decedents died outside of institutions, this fraction being larger in Southern than in Northern Europe. Most decedents divide their bequests almost equally between their children. Our findings draw an initial picture of older European's last year of life and show, how the research potential introduced in this paper might expand once future waves of SHARE become available.

42913

INTERNET, RAPPORT
MCCORMICK (J.), CLIFTON (J.), CHERTI (M.), MCDOWELL (I.)
Institute For Public Policy Research. (I.P.P.R.). London. GBR

Getting on: Well-being in later life.

Le bien-être aux âges avancés.

Londres: IPPR: 2009/12: 60p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ippr.org.uk/publicationsandreports/publication.asp?id=719>

We have known for some time that the population of the United Kingdom is getting older and that the number of people aged over 75 (sometimes referred to as the 'older old') is growing particularly quickly. Encouragingly, healthy life expectancy – the number of years lived without illness or disability – is improving on average. There is a lively policy debate about later life, dominated by how to improve pensions and social care, and who will foot the bill. But there is much less information about people's experiences of growing older: their quality of life, their expectations and their emotional wellbeing. IPPR's work on 'the politics of ageing' seeks to plug this gap, and, further, to place a clearer focus on inequalities in older people's wellbeing. This report sets out a wider agenda for policymakers and practitioners. It reviews UK policies for older people and international practice, as well as the priorities of older people in urban versus rural locations. It concludes with recommendations for action, which signal a fresh approach to later life and seek to challenge outdated assumptions (tiré de l'introduction).

► Dépendance

42349

RAPPORT
FOUQUET (A.), LAROQUE (M.),
PUYDEBOIS (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en oeuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements.

Paris: La Documentation Française:
2009/07: 108p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes: B6769

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000473/0000.pdf>

Entrée en vigueur le 1er janvier 2002, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour contribuer à la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le rapport, qui s'inscrit dans le cadre du programme annuel de travail de l'IGAS, présente les résultats des contrôles effectués dans quatre départements (Ain, Bouches-du-Rhône, Eure-et-loir et Haute-Corse). Il développe une analyse assortie de recommandations autour de six thèmes: éléments d'analyse transversale; organisation du processus d'instruction et décision; évaluation

médicosociale; gestion financière; tarification des services d'aide à domicile et des établissements; pilotage, systèmes d'information et diffusion de bonnes pratiques. Il fait des recommandations qui relèvent soit de modifications de textes, soit de bonnes pratiques; leur mise en oeuvre relève des services de l'Etat, des conseils généraux, ou de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le rôle en matière de dépendance des personnes âgées devrait être conforté. Les propositions de modifications de textes sont rassemblées et explicitées dans l'annexe 1. Les principaux éléments factuels des analyses de site sont synthétisés sous forme de tableau synoptique dans l'annexe 2.

► Données d'ensemble

39884

RAPPORT
DE RODAT (O.), CORNELLY (V.), ASTORG
(M.), TUFFREAU (F.), LELIEVRE (F.),
BERNARDIN (E.)
Fédération Nationale des Observatoires
Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris.
FRA, Observatoire Régional de la Santé
d'Aquitaine. (O.R.S.A.). Bordeaux. FRA,
Observatoire Régional de la Santé de
Guadeloupe. (O.R.S.A.G.). Basse-Terre.
GLP, Observatoire Régional de la Santé de
Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse.
FRA, Observatoire Régional de la Santé des
Pays de Loire. (O.R.S.P.L.). Nantes. FRA,
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).
Paris. FRA

Viellissement des populations et état de santé dans les régions de France: Principales évolutions sociodémographiques; Etat de santé et pathologies; Aides et soins aux personnes âgées.

Paris: FNORS: 2008/09: 86p., graph., tabl.,
carte

Cote Irdes: C, B6610

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la Direction générale de la santé, une exploitation des données disponibles concernant l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus a été effectuée. Cette démarche a pour objectif de mesurer la diversité des régions face au vieillissement de leur population et à l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus, à partir des différentes sources d'information disponibles. Ces données sont présentées en trois chapitres:

les données sociodémographiques, principalement issues du recensement de la population de 1999; les indicateurs de santé: statistiques de causes médicales de décès (Inserm CépiDc), recours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (Drees-PMSI) et statistiques d'admissions en affection de longue durée (Cnamts, CCMSA, RSI); les indicateurs « aides et soins » concernant les personnes âgées: aides à l'autonomie, soins de premier recours, équipements d'hébergement... Les pathologies retenues dans le chapitre « problèmes de santé » correspondent aux problèmes de santé les plus significatifs en matière de mortalité, d'affections de longue durée (pathologies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil respiratoire, démences, chutes) et de recours aux soins hospitaliers (cataractes). Ce n'est bien sûr qu'un aspect de la morbidité à cet âge, qui s'exprime principalement par une polypathologie et ses conséquences en termes d'incapacités et de désavantage social. Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité des situations observées au sein des régions. Il permet également d'explorer les corrélations entre les différentes données analysées, grâce à l'analyse multivariée. Dans ce domaine comme dans de nombreux autres domaines de l'observation sociale et sanitaire, des particularismes régionaux forts persistent. Mais les situations observées ne sont pas statiques, et ce rapport nous invite à revisiter les réalités territoriales avec un regard plus transversal.

► Emploi des seniors

42683

CHAPITRE
BENALLAH (S.), NARCY (M.)
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).
Paris. FRA

Les caractéristiques du travail sont-elles déterminantes dans le choix de l'âge de la retraite en Europe ?

Emploi et politiques sociales: tome 1. Défis et avenir de la protection sociale.

29e journées de l'Association d'économie sociale.: Paris, 2009/09/17-18

Paris: L'Harmattan: 2009: 167-180, tabl., fig.

Cote Irdes: A3943/1

L'objet de cet article est d'évaluer, au sein de plusieurs pays européens, les facteurs déterminants de l'âge de départ à la retraite qu'en-

visagent les travailleurs en s'intéressant plus particulièrement au rôle joué par les caractéristiques de leur travail.

► Filières de soins

40358

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

Patient Pathways: Transfers From Continuing Care to Acute Care.

Les parcours de soins des patients: les transferts des soins de longue durée aux soins aigus.

Ottawa: ICIS: 2009: 26p., tabl., fig.

Cote Irdes: en ligne

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Patient_Transfers_EN.pdf

With increased attention on patient safety, efficiency and appropriate allocation of resources, health system planners and policy-makers are focused on patient pathways—including reasons for patient transfers. This report explores the characteristics of seniors 75 and older who have been transferred from a continuing care setting and admitted into acute care, including reasons for transfers, wait times and discharge following the acute care stay.

► Prise en charge médicosociale

42538

OUVRAGE
UGERSON (C.) / éd., YEANDLE (S.) / éd.

Cash for care in developed Welfare States.

Le paiement des soins dans les politiques sociales des pays industrialisés.

New York: Palgrave Macmillan: 2007: 13p.+214p, index.

Cote Irdes: A3929

<http://www.palgrave.com/products/title.aspx?PID=269049>

In many developed welfare states consumers of social services are increasingly given money rather than services so that they can buy in their own care. Many governments consider this to be the future of care especially for disabled and frail elderly people. This book explores the implications of these

trends, not just for the older consumers but also for the workers involved, through cross-national case studies from Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, the United Kingdom and the USA. Whilst some schemes allow relatives to be paid as fully-fledged workers, some turn a blind eye, and others forbid it. Some schemes promote the social rights of care workers, whilst others do not. These issues are explored using new empirical data drawn from a cross-national study of elderly consumers and their careworkers. This study is a major contribution to comparative social policy, gerontology, the new sociology of work, women's studies and points to directions for the future of social care.

► Soins informels

41597

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FEVANG (E.), KVERNDOKK (S.), ROED (K.)
University of Oslo. Health Economics
Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo.
NOR

A model for supply of informal care to elderly parents

Un modèle d'offre de soins informels aux parents âgés.

Working paper 2008; 12

Oslo : HERO : 2008/12 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.hero.uio.no/publicat/2008/2008_12.pdf

This paper presents a model of informal care to parents. We assume that the child participates in the labour market and gains in utility from consumption and leisure. In addition it has altruistic motivation to give informal care to its elderly parent. We show how the labour income, labour supply and informal caregiving are affected by exogenous factors such as the education level, wage rate, other supply of care, travel distance and inheritance..

42632

RAPPORT
MENNESSIER (D.)

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles. (U.N.A.). Paris. FRA

L'accompagnement des aidants familiaux par les structures d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile. Rapport: Les recommandations professionnelles

Paris : UNA : 2009 : 78p.,

Cote Irdes : En ligne

Le rapport présenté met en évidence des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en matière d'accompagnement d'aidants familiaux par les structures d'aide à domicile et présente les modalités qui ont permis leur construction. Deux acteurs de l'aide à domicile : les structures et les aidants familiaux, y sont mis en avant. Les situations humaines et sociales à partir desquelles ont été élaborés ces axes de recommandations concernent également un troisième acteur qu'il s'agit de ne pas occulter : les personnes aidées. Ces trois acteurs interagissent : ils sont de fait « imbriqués » dans les situations sur le terrain. La dissociation effectuée ici est somme toute artificielle, mais a pour objectif de mettre l'accent sur les situations vécues par les aidants familiaux et sur la façon dont les structures d'aide et de soins à domicile peuvent ou non les accompagner.

► Soutien à domicile

42356

RAPPORT
RAYMOND (M.), ROUSSILLE (B.), STROHL (H.)

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Paris : La Documentation Française :
2009/07 : 145p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : c, en ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000475/0000.pdf>

Ce rapport a pour sujet la qualité dans l'activité d'assistance à domicile des personnes âgées « qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile », hors actes de soins relevant d'actes médicaux : aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la

vie sociale et relationnelle. Les rapporteurs rappellent les diverses législations et réglementations, l'application des directives européennes en matière d'activité économique et de services, le développement quantitatif des emplois. Ils constatent la difficulté du contrôle et de l'évaluation (contrôles et audits faits sur pièce et jamais sur place auprès du bénéficiaire, peu de pouvoirs du Conseil général sur les opérateurs, malgré sa gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, salariat de gré à gré pour des questions de coût, implication de nombreux services de l'Etat, sans coordination réelle...). Le rapport fait un ensemble de propositions destinées à limiter les normes et les exigences nationales, à en contrôler l'application pour réduire les risques de non qualité, et à promouvoir la qualité au niveau de la proximité. Il s'appuie sur les observations faites lors de visites dans les Hauts-de-Seine, les Pyrénées-Orientales et l'Ain.

is extremely unlikely to deliver health for poor people. Governments and rich country donors must strengthen state capacities to regulate and focus on the rapid expansion of free publicly provided health care, a proven way to save millions of lives worldwide.

41796

RAPPORT
WILKING (N.), JÖNSSON (B.), HÖGBERG (D.), JUSTO (N.)

Karolinska Institutet. Stockholm. SWE
European Federation of Pharmaceutical Industries and Association. (E.F.P.I.A.). Bruxelles. BEL

Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe.

Etude comparée sur l'accès des patients aux médicaments anticancéreux en Europe.

Bruxelles : EFPIA : 2009 : 117p., tab., graph.

Cote Irdes : B6730

<http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=6335>

This study conducted by the Karolinska Institutet in conjunction with the Stockholm School of Economics) reveals significant inequalities in patient access to cancer drugs in Europe. These inequalities and gaps in survival of cancer patients are particularly noticeable when comparing Eastern Europe with Northern and Western Europe. Patients in Austria, France and Switzerland have the broadest access to newer cancer treatments while Poland, the Czech Republic and the UK continue to lag behind. The report urges policymakers to take action - 1.2 million deaths were caused by cancer in Europe in 2006 - and proposes new policies to improve treatment access for patients in Europe: adapt health-care budgets generally and hospitals budgets specifically to incorporate the introduction of new cancer drugs; introduce separate funding for cancer drugs, with or without requirements of an additional gathering of data; expedite (regulatory and economic) review times for innovative cancer drugs; promote a European collaborative approach to collect available scientific information for Health Technology Assessment (HTA).

INÉGALITÉS DE SANTÉ

► Accès aux soins

40509

RAPPORT, INTERNET
Oxfam International. Oxford. GBR

Blind Optimism. Challenging the myths about private health care in poor countries.

Un optimisme aveugle : Comment défier les mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres ?

Oxford : Oxfam International : 2009/02 : 55p., tabl., fig., annexe

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oxfam.ca/news-and-publications/publications-and-reports/blind-optimism-challenging-the-myths-about-private-health-care-in-poor-countries/file>

The realisation of the right to health for millions of people in poor countries depends upon a massive increase in health services to achieve universal and equitable access. A growing number of international donors are promoting an expansion of private-sector health-care delivery to fulfil this goal. The private sector can play a role in health care. But this paper shows there is an urgent need to reassess the arguments used in favour of scaling-up private-sector provision in poor countries. The evidence shows that prioritising this approach

42263

RAPPORT, INTERNET

Médecins du Monde. (M.D.M.). Observatoire Européen de l'Accès aux Soins des Médecins du Monde. (O.E.A.S.). Paris. FRA

L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays européens.

Paris: Médecins du Monde: 2009/09: 154p., tabl., fig.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/A-I-international/Rapport-de-l-Observatoire-europeen-de-l-acces-aux-soins-de-Medecins-du-Monde>

Cette nouvelle enquête, faite en 2008, est basée sur 1 218 entretiens dans 11 pays européens: Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal Royaume-Uni, Suède et Suisse. Elle constitue un témoignage inédit sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins et à une prise en charge des soins des personnes parmi les plus pauvres et les plus discriminées: les sans-papiers. Parmi ses résultats, elle montre que l'accès aux soins est inégal selon les pays européens mais qu'il est partout très restreint. Ainsi, seulement un tiers des personnes qui auraient droit à une prise en charge médicale en bénéficient réellement. Ou encore 72 % des pathologies des sans-papiers enquêtés sont peu ou pas du tout suivies.

42323

INTERNET, RAPPORT

PAYNE (S.)

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 gender equity be addressed through health systems?

Comment aborder la question de l'équité entre les sexes par le biais des systèmes de santé?

Copenhague: OMS Bureau Régional de l'Europe: 2009: 35p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.euro.who.int/document/E92846.pdf>

Gender differences in health and in how well health systems and health care services meet the needs of women and men are well known: in Europe, there are variations in terms of life expectancy, the risk of mortality and morbidity, health behaviours and in the use of health care

services. There is also increasing research evidence demonstrating the importance of a number of different social determinants of health, and these interact with gender inequalities in ways that can magnify the impact on health. Additionally, there has also been an increasing recognition that health policy may exacerbate gender inequalities when it fails to address the needs of either men or women, and that health systems must address gender equity. This forms part of good stewardship, as well as meeting the needs of the populations served. Gender equity objectives have also been identified in position statements from WHO, the United Nations and the European Union (EU). For the purposes of this policy brief, the 'policy problem' is the way in which health systems might address gender equity in order to reduce the health gap between men and women and to improve efficiency. This document identifies some of the main approaches used to address gender equity in health systems, elaborating on three examples in order to suggest how these methods might be developed in the context of health policies across Europe.

42575

RAPPORT

FAHET (G.), CAYLA (F.), BARTHELEMY (A.I.), CORTY (J.F.), PAUTI (M.D.), TOMASINO (A.), VERON (P.)

Médecins du Monde Mission France.

(M.D.M.). Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.). Paris. FRA

Rapport 2008 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

Paris: Médecins du Monde: 2009/10: 223p., annexes

Cote Irdes: B6786

[http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/11999/93924/file/Rapport % 20Obs % 202008%20bd.pdf](http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/11999/93924/file/Rapport%20Obs%202008%20bd.pdf)

A l'occasion de la journée internationale du refus de la misère, le 17 octobre, Médecins du monde présente, comme chaque année, les données du rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins des plus démunis réalisé par la Mission France. Le bilan 2008 / 2009 de Médecins du monde montre qu'une frange entière de la population, résidant en France, rencontre toujours de grandes difficultés pour accéder aux droits, à la prévention et aux soins, et, plus préoccupant, que soigner les plus vulnérables devient, parfois, suspect. Les plus démunis consultent de plus en plus tardivement. Sur la totalité des patients reçus dans

ses 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), 18 % des consultations ont été tardives en 2008, contre 11 % l'année précédente. La grande majorité des patients reçus à MDM (80 %) relèvent d'un dispositif de couverture maladie. Mais seule une personne sur cinq avait effectivement des droits ouverts lors de sa première consultation. Les difficultés administratives sont devenues cette année le premier obstacle à l'accès aux droits et aux soins cité par les patients. Les CASO constatent également l'irruption de nouvelles populations : les travailleurs pauvres. Les deux tiers des consultants français ne bénéficient pas de complémentaire santé, alors qu'ils ne représentaient que la moitié de l'effectif en 2007. La loi de lutte contre les exclusions prévoyait la mise en place de 500 Permanences d'accès aux soins de santé sur l'ensemble du territoire. Dix ans plus tard, il en existe moins de 400, dont une très grande majorité n'est toujours pas fonctionnelle et ne remplit pas son rôle. Pourtant, l'accès à l'hôpital est indispensable pour les plus précaires. Les quatre principales revendications de l'association restent la fin des entraves à l'action humanitaire, un seul système de couverture maladie avec l'inclusion de l'Aide médicale gratuite (AME) dans la Couverture maladie universelle (CMU), la non-expulsion et la régularisation des étrangers gravement malades, le droit à l'information des personnes qui ignorent qu'elles ont droit à une couverture maladie.

► Discrimination

43305

RAPPORT

Ministère de l'Economie de l'Industrie et de l'Emploi (MINEFE). Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique (D.G.T.P.E.). Paris. FRA

Bilan de l'application de la convention AERAS "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé".

Paris : DGTE : 2009/11 : 20p.

Cote Irdes : B6817

http://www.aeras-infos.fr/sections/les_documents_offici/rapport_bilan_de_/

Entrée en vigueur le 6 janvier 2007, la convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Succédant à la convention Belorgey, la convention AERAS a été signée par les fédérations professionnelles de la banque et de l'assurance, les associations de patients et de consomma-

teurs et l'Etat. La commission de suivi et de proposition de la convention AERAS, près de trois ans après la signature de la convention, a remis au gouvernement et au parlement un rapport sur son application. La première partie de ce rapport reprend la convention, rappelant son contenu et évaluant sa mise en œuvre sur l'année 2008. La deuxième partie fait état des préoccupations exprimées par les différentes parties, relevant notamment les difficultés mentionnées par les associations de malades et de consommateurs. Enfin, une troisième partie comprend des recommandations de la commission de suivi et de proposition pour l'avenir de la convention.

► Genres

42629

RAPPORT, INTERNET

EVANS (T.) / coor., MAFUBELU (D.) / coor.

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

Women and health. Today's evidence, tomorrow agenda.

Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain

Genève : OMS : 2009 : 91p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_fre.pdf

Ce rapport concerne les femmes et la santé, c'est-à-dire les besoins des femmes en matière de santé mais aussi leur contribution à la santé des sociétés. La santé des femmes fait partie depuis longtemps des préoccupations de l'OMS mais, aujourd'hui, elle est devenue une priorité. Ce rapport explique pourquoi. Sur la base des données actuellement disponibles, il dresse un inventaire de ce que nous savons maintenant sur la santé des femmes tout au long de la vie et dans les différentes régions du monde.

► Inégalités sociales de santé

42144

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HALLIDAY (T.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Health Inequality over the Life-Cycle.

Les inégalités de santé tout au long de la vie.

Discussion paper ; 4369

Bonn : IZA : 2009/08 : 31p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp4369.pdf>

We investigate the evolution of health inequality over the life-course. Health is modeled as a latent variable that is determined by three factors: endowments, and permanent and transitory shocks. We employ Simulated Minimum Distance and the Panel Study of Income Dynamics to estimate the model. We estimate that permanent shocks account for under 10 % of the total variation in health for the college educated, but between 35 % and 70 % of total health variability for people without college degrees. Consistent with this, we find that health inequality moves substantially more slowly over the life-course for the college educated.

42282

OUVRAGE
HADA (F.), RICARDO (C.)
TOURAINÉ (M.)/ préf.
Fondation Jean Jaurès. Paris. FRA

Les inégalités face à la santé.

Paris : Fondation Jean Jaurès : 2009 : 71p., ann.

Cote Irdes : B6809

<http://www.jean-jaures.org/Publications/Les-essais/Les-inegalites-face-a-la-sante>

Les Français vont bien, merci. Mais les progrès dans l'amélioration de l'état de santé ne bénéficient pas à tous: la France, plus que ses voisins européens, souffre d'inégalités croissantes – notamment sociales – en matière de santé. Or, loin de se résumer à la question de l'équilibre budgétaire, la santé est un miroir de notre société. À l'heure où le gouvernement impose dans ce domaine des choix décisifs, la Fondation Jean-Jaurès et le groupe socialiste de l'Assemblée nationale ont initié une réflexion commune sur ces inégalités de santé. François Hada et Christophe Ricardo dressent ici un premier état des lieux,

celui d'une société malade de ses inégalités (4e de couverture).

42322

RAPPORT, INTERNET
KAPLAN (G.A.)

The Poor Pay More - Poverty's High Cost to Health

Les pauvres paient davantage. L'impact de la pauvreté sur le coût de la santé.

Ann Harbour : Center For Social
Epidemiology & Population Health : 2009/09 :
39p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://treefortremotecontrol.com/users/spotlight_on_poverty/RelatedFiles/e995cd7a-8416-4b89-983a-4f39fbf6de39.pdf

This report describes many of the ways in which being poor is bad for one's health and points to policies that have the potential for restoring the prospect of good health to the lives of the poor. We present compelling evidence that poverty has an impact on not just the body politic but the body corporeal as well—that being poor leaves a broad footprint on the health of individuals. The health costs of poverty are high. The report begins with descriptions of these key determinants of health and the impact they have been shown to have on health. It then offers several policy options that might ease poverty and thereby improve health.

42606

DOCUMENT DE TRAVAIL
APPOUEY (B.H.)
University of South Florida. Department of
Economics. Tampa FL. USA

On Measuring and Explaining Socioeconomic Polarization in Health with an Application to French Data.

Mesurer et expliquer la polarisation socioéconomique en santé. Illustration avec des données françaises.

Working Paper

Rochester : Social science research
Publishing : 2009/09 : 30p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, INI 1671

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1492159

This paper proposes two original measures of socioeconomic polarization, in order to quantify phenomena that are not always taken into

account by social inequality measures. Our approach is inspired by the literature on bivariate inequality (the concentration index) and univariate polarization. Like the concentration index, our social polarization measures can be easily computed thanks to a convenient regression and decomposed into their determinants. Moreover changes in polarization can also be decomposed into their causes. The paper also provides an empirical illustration of our methods for the probability of reporting excellent or very good health, using cross-sectional data on French women. The findings suggest that after 65 years old social polarization in this probability decreases whereas social inequality remains stable. Consequently social polarization conveys additional information to that contained in the concentration index.

42639

DOCUMENT DE TRAVAIL
EPSTEIN (D.), JIMENEZ-RUBIO (D.),
SUHRCKE (M.)
University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities

Un cadre économique pour analyser les déterminants sociaux et les inégalités de santé.

CHE Research Paper Series ; 52
York : CHE : 2009/10 : 58p., tabl., fig.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp52.pdf>

Reducing health inequalities is an important part of health policy in most countries. This paper discusses from an economic perspective how government policy can influence health inequalities, particularly focusing on the outcome of performance targets in England, and the role of sectors of the economy outside the health service – the ‘social determinants’ of health - in delivering these targets.

42843

OUVRAGE, INTERNET
BASSET (B.) / éd.

Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé.

Saint-Denis : INPES : 2008 : 208p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

Ce volume est conçu comme un vademecum à l'usage des directeurs généraux des agences régionales de santé, de leurs collaborateurs et de tous les acteurs de terrain qui s'investissent pour réduire les inégalités sociales de santé. C'est assurément l'une des missions les plus difficiles, mais aussi les plus importantes pour la santé et la cohésion sociale à laquelle les auteurs apportent leur contribution (4e de couverture).

43226

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
Eurohealthnet. Bruxelles. BEL, Determine
- EU Consortium for Action on the
Socioeconomic Determinants of Health
(SDH). Bruxelles. BEL

Economic Arguments for addressing the social determinants of health inequalities.

Des arguments économiques pour aborder les déterminants sociaux des inégalités de santé

Dublin : Institute of Public Health

Cote Irdes : en ligne

<http://www.health-inequalities.eu/?uid=0acaaaca6a2c95d4427459c601bca2d8&id=Seite872>

DETERMINE is a three year project (2007-2010) supported by the European Commission and coordinated by EuroHealthNet. A core aim of DETERMINE is to strengthen the knowledge base on policies and actions addressing social determinants of health inequalities. DETERMINE consists of seven discrete but complementary work packages. The specific contributions of work package 5 are: Year 1: Identification and exploration of member state and EU level approaches to addressing social determinants of health inequalities. Year 2: Identification and exploration of economic arguments to support this work. This working document summarises the second year activities of work package 5. Chapter one describes how the task was developed and the data collected. Chapter two provides the findings of a literature review of economic arguments for addressing social determinants of health inequalities. Reports from DETERMINE partners are presented in chapters three and four: Chapter three presents the opportunities and challenges to using economic arguments to address health inequalities while chapter four presents examples of economic evaluations conducted at member state and EU level that have considered health outcomes. Chapter five offers concluding remarks and recommendations. A glossary of frequently used terms is provided in Appendix 1 while Appendix 2 gives additional information on the task design. This

publication contains summaries of what each of the 21 'Closing the Gap' partners are doing to address health inequalities in their countries, as well as the conclusions and recommendations of this 3-year initiative.

43345

DOCUMENT DE TRAVAIL
CUTLER (D.M.), LANGE (F.), MEARA (E.),
RICHARDS (S.), RUHM (C.J.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Explaining the Rise in Educational Gradients in Mortality.

Expliquer la hausse des gradients éducationnels de la mortalité.

NBER Working Paper Series ; n° 15678
Cambridge : NBER : 2010/01 : 45p., tabl.,
annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w15678>

The long-standing inverse relationship between education and mortality strengthened substantially later in the 20th century. This paper examines the reasons for this increase. We show that behavioral risk factors are not of primary importance. Smoking has declined more for the better educated, but not enough to explain the trend. Obesity has risen at similar rates across education groups, and control of blood pressure and cholesterol has increased fairly uniformly as well. Rather, our results show that the mortality returns to risk factors, and conditional on risk factors, the return to education, have grown over time.

43502

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

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.

Paris : HCSP : 2009/12 : 101p.

Cote Irdes : B6824

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême. Elles témoignent du fait que si les politiques publiques de santé se sont

traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés. Certains pays européens ont déjà mis en oeuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en oeuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités. Dans ce rapport, le Haut Conseil de la santé publique souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de conditions à remplir pour suivre les évolutions et de mise en place d'interventions et de politiques publiques.

► Pauvreté

41808

FASCICULE
LAMBERT (A.) / coord.

Pour en finir avec la pauvreté. Mesures, mécanismes et politiques.

Paris : La Découverte : 2008/09 : 233p.

Cote Irdes : A3894

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2008-2.htm>

Les Français ont plus peur de devenir pauvres que leurs voisins européens, malgré une tendance prolongée à la réduction de la pauvreté depuis les années 1970. Est-ce à dire que cette tendance s'est arrêtée? Que les statistiques mesurent mal la précarisation d'une partie croissante de la population française? Aujourd'hui, la pauvreté frappe de plus en plus les urbains, les travailleurs et les jeunes. La persistance d'un chômage de masse et la fragilisation des parcours professionnels affaiblissent la cohésion sociale. La progression des foyers monoparentaux fait perdre son rôle de filet de protection à la famille. Or les enfants des familles pauvres sont particulièrement touchés par l'échec scolaire. Comment briser cette spirale de la pauvreté? Les dépenses sociales françaises, parmi les plus élevées des pays développés, sont peu ciblées sur les personnes pauvres. Si l'État a récemment multiplié les dispositifs d'incitations afin d'encourager le retour à l'emploi des ménages à bas revenus, le taux de pauvreté est resté stable, à cause du développement du temps partiel et des emplois peu qualifiés. Dans ce contexte, c'est l'ensemble des politiques sociales qu'il faut repenser, pour concilier efficacité et solidarité.

42553

RAPPORT, INTERNET

Haut Commissaire aux Solidarités Actives
contre la Pauvreté. Paris. FRA

**Rapport au Parlement - Suivi de l'objectif de
baisse d'un tiers de la pauvreté en 5 ans.**

Paris : La Documentation Française :

2009/10 : 53p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/094000506/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000506/0000.pdf)

Le 17 octobre 2007, à l'occasion du vingtième anniversaire de la journée mondiale du refus de la misère, le Président de la République avait annoncé un objectif de réduction de la pauvreté d'un tiers en cinq ans. La loi du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion transcrit dans la loi cet engagement et prévoit la transmission au Parlement, chaque année, d'un rapport sur les conditions de réalisation de cet objectif. La première partie du rapport a pour objectif de décrire l'évolution de la pauvreté au cours de la période récente (depuis 2000) : présentation d'un tableau de bord de suivi de l'objectif de réduction de la pauvreté, d'une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur l'évolution de la pauvreté monétaire entre 2007 et 2009, mise en place d'un système de veille sur les phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale, présentation des indicateurs et objectifs quantifiés de pauvreté au niveau européen. La seconde partie revient sur les différentes mesures prises par le Gouvernement pour lutter contre la pauvreté et favoriser l'insertion sociale. Un chapitre est spécifiquement consacré au RSA, dispositif expérimenté en 2008 et généralisé au 1er juin 2009.

42644

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA

**La pauvreté au féminin : Statistiques d'accueil
2008.**

Paris : Secours catholique : 2009/11 : 75p.

Cote Irdes : B6788

[http://www.secours-catholique.org/telecharge-
ments/Rapport-Statistique-2008-Secours-
Catholique.pdf](http://www.secours-catholique.org/telechargements/Rapport-Statistique-2008-Secours-Catholique.pdf)

Ce rapport annuel publié par le Secours Catholique analyse la situation des 1 400 000 personnes qu'il a aidées en 2008. Cette année, cette étude met plus particulièrement l'accent sur les causes et les

conséquences de la pauvreté des femmes. Elles représentent 54,4 % des personnes accueillies en 2008 par l'association, alors qu'elles n'étaient que 51 % en 1999. Parmi elles, 90 % vivent en dessous du seuil de pauvreté.

43225

OUVRAGE, INTERNET

MATTONETTI (M.L.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Combating poverty and social exclusion. A
statistical portrait of the European Union 2010**

*Combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Un
portrait statistique de l'Union européenne en 2010.*

Luxembourg : Office des publications
officielles de l'Union Européenne 2009 : 111p.

Cote Irdes : En ligne

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_
OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.
PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF)

La construction d'une Europe plus favorable à l'intégration est essentielle pour réaliser les objectifs de l'Union européenne d'une croissance économique durable, d'emplois plus nombreux et de meilleure qualité et d'une cohésion sociale plus affirmée. Il faut espérer que cette solidarité sera encore renforcée par la proclamation de 2010 en tant qu'année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Pourtant, un peu plus de 84 millions de personnes, soit 17 % de la population de l'UE-27, se trouvaient confrontés au risque de pauvreté en 2007, tandis qu'une proportion similaire (17 %) de la population totale de l'UE-27 souffrait de privations matérielles. Il y a de clairs chevauchements entre les personnes menacées de pauvreté, d'une part, et celles qui, d'autre part, ne peuvent faire face à des dépenses imprévues, se payer des vacances, chauffer suffisamment leur habitation ou s'acheter de voiture, entre autres. Cet ouvrage présente un large éventail de concepts statistiques et d'indicateurs tirés des statistiques sociales. Il brosse un tableau de la pauvreté et de l'exclusion sociale dans les 27 États membres et fournit (dans la mesure du possible) des informations sur les pays candidats et les pays membres de l'AELE.

43265

OUVRAGE
EMMANUELLI (X.), MALABOU (C.)

La grande exclusion.

Paris : Bayard Editions : 2009 : 127p.

Cote Irdes : A3991

http://www.laprocedure.com/livres/xavier-emmanueli/la-grande-exclusion-urgence-sociale-symptomes-therapeutique_9782227479159.html

La grande exclusion est assimilée à tort à la grande pauvreté, à la précarité. Personne ne semble vouloir la considérer pour ce qu'elle est : un syndrome clinique, dont beaucoup de symptômes sont communs à tous les grands traumatisés, détenus, malades d'Alzheimer, victimes de guerre ou d'attentat. Malgré la présence insistante des grands exclus, l'urgence sociale demeure invisible, impensée, incomprise, contestée même en son concept. Né d'une rencontre de pensée et d'action, d'un échange entre Xavier Emmanuelli, médecin, fondateur du Samu social, et Catherine Malabou, philosophe, ce livre explore les raisons de ce déni. Il importe de changer notre regard sur l'extrême souffrance, en cessant enfin de penser que les exclus sont des sortes d'étrangers, en marge de nos vies, de nos villes et de notre culture.

43494

RAPPORT
ZAIDI (A.)
European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienne. AUT

Poverty risks for older people in EU countries : An update

Les risques de pauvreté des personnes âgées vivant dans les pays de l'Union européenne : une mise à jour.

Vienne : The European Centre for Social Welfare Policy and Research : 2010/01 : 22p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.euro.centre.org/data/1264603415_56681.pdf

This Policy Brief provides the latest evidence on how EU countries differ in terms of poverty risks for older people (aged 65 years and over). Results using the latest EU-SILC data for 2008 show that, on average, older people face a higher poverty risk rate than the total population : the rate for older people was 19 % as opposed to rate for the total population of 17 %. The highest poverty risk rates were observed in Latvia (51 %), Cyprus (49 %),

Estonia (39 %) and Bulgaria (34 %), and the lowest in Hungary (4 %), Luxembourg (5 %) and the Czech Republic (7 %). In general, countries with low poverty risk rates for older people have a good social safety net in the form of a basic pension (e.g. the Netherlands) and/or they offer strong redistribution in the earnings-related contributory pension schemes in the form of minimum guaranteed pensions (e.g. Austria). A broader picture is provided by the material deprivation rate, which measure deprivation in more absolute terms. On average, 16 % of older population in EU27 could be considered materially deprived during 2008, and only about one third of the income poor were also disadvantaged by material deprivation. Thus, out of 16 million older people identified as at risk of poor, only about 5 million were also materially deprived. Not surprisingly, there are wide variations across countries with respect to the proportion of those who are materially deprived and also face the risk of monetary poverty. The highest levels were registered in Bulgaria (73 %), Romania (57 %), and Latvia (50 %), and the lowest in Luxembourg, the Netherlands, Sweden and the UK (all, less than 10 %).

► Refus de soins

42682

CHAPITRE
CHAUPAIN-GUILLOT (S.), GUILLOT (O.),
JANKELIOWITCH-LAVAL (E.)
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).
Paris. FRA

Le renoncement aux soins de santé : une analyse à partir de l'enquête SRCV.

Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale.

29e journées de l'Association d'économie sociale. : Paris, 2009/09/17-18

Paris : L'Harmattan : 2009 : 85-96, tabl.

Cote Irdes : A3943/1

A partir des données de la deuxième vague (2005) de l'enquête Statistiques sur ressources et les conditions de vie (SRCV), volet français de l'EU-SILC, on s'intéresse aux déterminants individuels du renoncement aux soins de santé. L'analyse est menée en opérant une distinction entre les soins médicaux et les soins dentaires.

► Sans-abri

43063

RAPPORT

GIRARD (V.), ESTECAHANDY (P.),
CHAUVIN (P.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de
la Protection Sociale (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

**La santé des personnes sans chez
soi. Plaidoyer et propositions pour un
accompagnement des personnes à un
rétablissement social et citoyen.**

Paris : Ministère chargé de la Santé :
2009/11 : 236p.

Cote Irdes : B6811

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/
Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.
pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf)

Quels sont les liens entre le phénomène du « sans-abrisme » et la santé ? A la demande de la ministre de la santé et des sports, le psychiatre Vincent Girard, assisté du docteur Pascale Estecahandy et du docteur Pierre Chauvin, a été chargé d'élaborer des propositions pour améliorer les parcours de soins et de vie des personnes sans-abri. Les objectifs de la mission étaient les suivants : identifier les difficultés et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public ; identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du somatique que du soin psychique ; proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales et préciser les conditions de leur réalisation ; proposer des méthodes d'évaluation de ces expérimentations et plus globalement des politiques de santé publique en direction des personnes sans abri afin de pouvoir les améliorer ou les adapter.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Ile-de-France

42645

RAPPORT

PRAZNOCZY (C.), GREMY (I.)
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-
France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA

**Dynamiques territoriales de santé en Ile-de-
France.**

Paris : ORSIF : 2009/10 : 144p.

Cote Irdes : B6787

[http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/
RapportDynamiquesTerritoriales.pdf](http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/RapportDynamiquesTerritoriales.pdf)

La région Ile-de-France présente de forts contrastes territoriaux. Les inégalités de santé se renforcent, contribuant à une partition toujours plus marquée du territoire. Dans ce contexte, la mise en place de programmes territoriaux de santé, basés sur les priorités locales, est un élément essentiel de la réduction des inégalités. L'objectif de l'étude est de recenser les dispositifs existants qui permettent d'affirmer une politique locale de santé et de regarder leur articulation avec les politiques régionales ou nationales de santé publique. Les dispositifs territoriaux de santé permettent de mieux construire les actions et d'être plus performants dans la recherche de leviers et de financements. La place de la santé publique et de son appropriation par les collectivités locales est à confirmer dans la réorganisation du système de santé. Les dispositifs transversaux mériteraient d'être encouragés, car le développement durable et la promotion de la santé ont des objectifs et des principes de gouvernance communs.

► Milieu rural

42834

OUVRAGE

BARBAT-BUSSIÈRE (S.)

**L'offre de soins en milieu rural. L'exemple
d'une recherche appliquée en Auvergne.**

Clermont-Ferrand : Presses universitaires
Blaise Pascal : 2009 : 487p., fig.

Cote Irdes : A3964

Issu d'une thèse de doctorat, cet ouvrage prend acte de la persistance des inégalités territoriales face à une demande croissante d'équité sociale en matière d'offre de soins dans les régions à dominante rurale, qui sont sous-médicalisées. Alors que les acteurs de la

santé sont les éléments clés de la vie locale et des animateurs potentiels du tissu économique et de l'attractivité des territoires, cette analyse questionne la pertinence des découpages territoriaux pour aborder la question de la gestion collective de la santé dans les campagnes sensibles.

► Milieu urbain

42817

OUVRAGE
MANNONI (C.) / éd.

La démarche atelier santé villes. Des jalons pour agir.

Saint-Denis : Profession Banlieue : 2007 : 218p., annexes
Cote Irdes : A3962

http://www.professionbanlieue.org/c_7_41_Publication_124__1__La_demarche_atelier_sante_ville_des_jalons_pour_agir_218_p_20_.html

Partant des pôles d'intérêt des coordonnateurs des ateliers santé ville de la Seine-Saint-Denis sur l'évolution des politiques publiques de santé, la géographie de la santé, la santé communautaire ou encore la communication et la promotion de la santé, cet ouvrage donne une série de repères simples et utiles aux coordonnateurs qui prennent leur fonction et à tous acteurs impliqués dans des projets de santé publique au niveau local.

► Statiss

43026

OUVRAGE
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. (D.R.A.S.S.). Service statistique. Nantes. FRA, Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Statistiques et indicateurs de la santé et du social STATISS 2009 : les régions françaises.

Nantes : DRASS : 2009 : 80p.
Cote Irdes : C, S51/1

Statiss 2009 présente un résumé des données essentielles, disponibles dans chaque Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales au niveau département et région à la date du 1er janvier 2009. Base de la chaîne

Statiss, il permet de réaliser le memento les "régions françaises" et d'alimenter le service Internet du Ministère. Ce service offre la synthèse des mémentos de l'ensemble des régions et propose toutes les comparaisons avec les données France.

► Zone urbaine sensible

42915

RAPPORT, INTERNET
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint-Denis. FRA

Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2009.

Paris : La Documentation Française : 2009/11 : 270p.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000570/0000.pdf>

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) a été créé par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003. Son objectif est de "mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des zones urbaines sensibles [...], de mesurer les moyens spécifiques mis en oeuvre et d'en évaluer les effets par rapport aux objectifs [de la loi du 1er août 2003]". Dans son rapport annuel, l'Observatoire commente les indicateurs prévus par la loi (emploi, entreprises, revenus des habitants, habitat, équipements, santé, établissements et réussite scolaires, sécurité et tranquillité publiques). Il fait également le point sur la mise en oeuvre du contrat d'autonomie, inscrit dans la "Dynamique Espoir Banlieues", ainsi que sur la dotation de solidarité urbaine (DSU). A noter que 824 communes métropolitaines sont éligibles à la DSU en 2009, dont 405 abritent des zones urbaines sensibles et 126 une zone franche urbaine (ZFU).

40493

CHAPITRE

Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.).
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).
Paris. FRA

La démographie des médecins dans les zones urbaines sensibles au 1er janvier 2007.

Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2008.

Paris : Ministère du Logement et de la Ville : 2008/10 : 134-143, tabl., graph.

Cote Irdes : B6648

http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/rapport_ONZUS_2008.pdf

C'est à partir du fichier ADELI, recensant tous les professionnels de santé en France métropolitaine, qu'a été établi le nombre de médecins exerçant en Zus : au 1er janvier 2007, malgré une sous-estimation possible de 6 % à 9 %, la densité médicale y est deux fois moins importante que dans le reste du territoire. La prise en compte des médecins installés dans un rayon de 150 mètres autour des Zus contribue cependant à relativiser le déficit de ces quartiers en médecins par rapport au reste de la France métropolitaine.

41415

CHAPITRE

CHAUVIN (P.), PARIZOT (P.)
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte Sirs (2005).

Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles.

Paris : Editions de la DIV : 2009/05 : 4-105, 28 fig., 74 tabl.

Cote Irdes : B6704

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_annexes_A1_cle19c6ce.pdf

Cette étude porte un soin particulier à l'analyse des disparités de santé – état de santé, capital psychologique, utilisation du système de soins – entre les quartiers Zus et les autres quartiers de l'espace francilien, classés en quartiers de type « ouvrier » et « moyen et supérieur ». Mais elle explore également d'autres thématiques (logement et quartier,

familles monoparentales, degré d'intégration sociale, etc.).

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

► Convention médicale

42681

CHAPITRE

ABECASSIS (P.), DOMIN (J.P.)
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).
Paris. FRA

L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé

Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale. 29e journées de l'Association d'économie sociale : Paris, 2009/09/17-18

Paris : L'Harmattan : 2009 : 71-84

Cote Irdes : A3943/1

Ce travail propose, à partir d'une analyse linguistique des conventions médicales menées grâce au logiciel Prospero, d'identifier les évolutions du discours porté par les acteurs, d'en dessiner les grands traits et d'en mesurer leur influence sur les différentes conventions.

► Démographie médicale

42882

OUVRAGE

SCHEFFLER (R.M.)

Is there a doctor in the house?

Y-a-t-il un docteur dans la maison?

Stanford ; Stanford University Press : 2008 : X-242p., tabl., index

Cote Irdes : A3982

<http://www.sup.org/book.cgi?id=15968>

This is the bedrock health care concern for Americans, encompassing as it does additional concerns about affordability, accessibility, efficiency, and specialty expertise. Richard M. Scheffler brings an economist's insight to the question, showing how shifts in market power underlie the changes we have seen in the health workforce and how they will affect the future availability of doctors. Predicting the "right" ratio of doctors to popu-

lation in the future is only a small piece of the puzzle, and one that has been the subject of much forecasting, and little agreement, over the past several decades. In this concise and readable analysis, the author goes beyond the guessing game to demonstrate that today's health care system is the product of financial influences in both the policy realm and on the ground in the offices of medical centers, HMOs, insurers, and physicians throughout America. He shows how factors such as physician income, medical training costs, and new technologies affect the specialties and geographic distribution of doctors. Scheffler then brings these findings to bear on a set of predictions for the U.S. and international physician workforce that extend five and ten years into the future. As part of his vision of tomorrow's ideal workforce, he offers a template for enhancing the efficiency and cost-effectiveness of the health care system overall. In the groundbreaking second half of the book, the author, a health policy expert himself, tests his ideas in conversations with leading figures in health policy, medical education, health economics, and physician practice. Their unguarded give-and-take offers a window on the best thinking currently available anywhere. Finally, Scheffler combines their insights with his own to offer observations that will change the way health care's stakeholders should think about the future

► Maisons de santé

43272

RAPPORT

JUILHARD (J.M.), CROCHEMORE (B.),
TOUBA (A.), VALLANCIEN (G.)

***Le bilan des maisons et des pôles de santé et
les propositions pour leur déploiement.***

Paris : Ministère chargé de la santé ; Paris : La
Documentation Française : 2009/06 : 51p.

Cote Irdes : B6804

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/104000029/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000029/0000.pdf)

Les maisons de santé proposent une offre libérale de soins de proximité et de suivi aux patients, ainsi qu'un environnement adapté à une pratique modernisée de l'exercice des professionnels de santé. Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) va renforcer leur rôle en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoires en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans les territoires. Ce rapport fait le bilan de ces maisons, pôles

et centres de santé, les recense, étudie leur organisation, leur fonctionnement. Il constate un besoin de sécurisation juridique et financière pour ces nouvelles entités. Il propose sept séries de mesures qui visent à faciliter l'émergence d'un dispositif de soins de premier recours en zone rurale et péri-urbaine : identification d'un cadre pour les exercices pluri professionnels ; adoption d'un nouveau cadre juridique ; promotion de nouveaux modes de financement ; accompagnement des professionnels ; inscription dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé ; réponse aux attentes ; identification de ces structures comme des lieux de formation pluri professionnelle privilégiés. Le rapport conclut en alertant les pouvoirs publics et l'université sur l'importance à donner à la formation et à la recherche.

► Pratique médicale

41861

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
LURAS (H.)

University of Oslo. Health Economics
Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo.
NOR

***General Practice : Four Empirical Essays on
GP Behaviour and Individuals' Preferences for
GPs.***

*Pratique en médecine générale : quatre mémoires
empiriques sur le comportement des médecins
généralistes et les préférences des individus dans
le choix d'un médecin généraliste.*

Working paper 2004 ; 1

Oslo : HERO : 2004 : 28p.

Cote Irdes : c, en ligne

[http://www.hero.uio.no/publicat/2004/
HERO2004_1.pdf](http://www.hero.uio.no/publicat/2004/HERO2004_1.pdf)

On June 1, 2001 a reform took place in Norwegian general practice. This implied some advantages of importance to empirical analysis. First, a new organisation and a new payment system were introduced, which makes it possible to perform before-after analysis. Second, the GPs' preferred list-sizes are known, which makes it possible to analyse the effect of patient constraints for individual GPs. Third, the size and composition of patient-lists are known on the individual practice level. Previously, it was not known whether consultations provided during a certain period were given to a large or a small number of persons, and this made it difficult to compare practice

styles. If, for instance, two GPs provide the same number of services during one year, but GP A is responsible for twice as many patients as GP B, GP B has a more service-intensive practice style. When information on the number of patients on the list is not known, we might erroneously conclude that A and B have the same practice style. Last, but not least, the population filled in an entry form ahead of the nationwide reform - which gives us information on preferences for GPs for the whole population. Report 2004: 1 General Practice: Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs focuses on the General Practitioner reform. Four essays show different impacts this reform had on the general practitioners practice and preferences in the population. Summing up the reform in general practice is very well suited for collecting interesting data and doing empirical analysis. The first three analyses in this doctoral thesis by Hilde Lurås are based on the evaluation of the list patient trial (in four municipalities in 1993-1996). The last analysis is based on the evaluation of the nationwide reform in 2001.

42659

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

Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération - Pays de la Loire, 2008.

Nantes : ORS : 2009/10 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2009panel_vague3.pdf

Cette brochure, réalisée par l'ORS des Pays de la Loire en collaboration avec l'URML, présente les résultats de la troisième vague d'enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Elle dresse un état des lieux sur l'adhésion des médecins généralistes aux démarches de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ainsi que sur leur utilisation des recommandations de bonne pratique. Elle s'intéresse également à l'opinion portée sur leur mode de rémunération actuel et ses évolutions éventuelles (développement de forfaits, introduction d'une part de salariat).

► Qualité des soins

42353

RAPPORT, INTERNET

AMALRIC (F.), MANSOUR (E.), NESTRIGUE (C.)

IMS Health. Paris. FRA

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

Hospitalisations évitables et soins primaires.

Paris : IMS Health : 2009/06 : 32p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1431.pdf>

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer la qualité des soins ambulatoires en France en comparaison à celle au Royaume-Uni au travers des « hospitalisations évitables ». La comparaison avec le Royaume-Uni est pertinente du fait que les deux pays sont comparables en termes de niveaux économiques et d'offre de soins, et en même temps différent en termes d'organisation des soins. Dans un deuxième temps, cette étude a essayé de comprendre l'origine des différences observées et, pour ce faire, a comparé la prise en charge de patients atteints de pathologies à hospitalisation évitable au travers d'une étude rétrospective longitudinale. Cette étude apporte plusieurs éléments nouveaux au débat actuel sur l'organisation des soins en France. Premièrement, elle souligne la qualité des soins ambulatoires en France par rapport à son voisin d'Outre-Manche. La différence entre les deux pays en termes d'hospitalisations évitables est significative, et apparaît même importante lorsque sont prises en compte les différences de prévalence de plusieurs pathologies. L'étude de prise en charge des patients suggère que cette différence provient d'un accès plus facile et rapide des malades à leurs médecins en France qu'au Royaume-Uni, soulignant ainsi les problèmes des longs délais d'attente Outre-Manche.

42633

RAPPORT, INTERNET
Department of Health. (D.O.H.). London.
GBR

Improving Quality in Primary Care.

Amélioration de la qualité dans les soins de santé primaires.

Londres: Department of Health: 2009 : 135p.
Cote Irdes: En ligne

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_106575.pdf

This is a practical guide to support PCTs as commissioners of primary care, in working with local clinicians and other stakeholders - including patients - to promote continuous quality and productivity improvement in primary care services.

► Rémunérations

42249

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HENNING-SCHMIDT (H.), SELTEN (R.),
WIESEN (D.)

How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behavior - An Experimental Investigation

Comment les systèmes de rémunération affectent-ils le comportement des médecins en matière d'offre de soins. Une enquête expérimentale.

Rochester: Social Science Electronic
Publishing: 2009/07: 34p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1437409

A central concern in health economics is to understand the influence of commonly used physician payment systems. We introduce a controlled laboratory experiment to analyze the influence of fee-for-service (FFS) and capitation (CAP) payments on physicians' behavior. Medical students decide as experimental physicians on the quantity of medical services. Real patients gain a monetary benefit from their choices. Our main findings are that patients are overserved in FFS and underserved in CAP. Financial incentives are not the only motivation for physicians' quantity decisions, though. The patient benefit is of considerable importance as well. Patients are affected differently by the two payment systems. Those in need of a low level of

medical services are better off under CAP, whereas patients with a high need of medical services gain more health benefit when physicians are paid by FFS.

42678

CHAPITRE
VIDEAU (Y.), ROLLAND (S.), VENTELOU (B.)

De la motivation des médecins généralistes

Emploi et politiques sociales: tome 2.
Trajectoires d'emploi et rémunérations.
29e journées de l'Association d'économie sociale.: Paris, 2009/09/17-18

Paris: L'Harmattan: 2009 : 347-359., fig., tabl.

Cote Irdes: A3943/1

En exploitant un panel de 1901 médecins généralistes, ce chapitre cherche tout d'abord à analyser le comportement de ces médecins face à une hausse du tarif de la consultation et ensuite, sur cette base, à déterminer la part de ceux principalement mus par des motivations intrinsèques et la part de ceux mus par des motivations extrinsèques.

HÔPITAL

► CHU

41271

RAPPORT
MARESCAUX (J.) / Prés.
Présidence de la République. Paris. FRA

Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires.

Paris: Présidence de la République:
2009/05: 69p.

Cote Irdes: B6690

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Marescaux.pdf

Créés par ordonnance du 30 décembre 1958, les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Compte tenu des difficultés que traversent la plupart d'entre eux (déficit d'exploitation, temps consacré à l'enseignement au détriment de la recherche, organisation et pilotage jugés trop complexes, etc.), le Professeur Jacques Marescaux a été chargé par le Président de la

République de dresser un état des lieux des CHU au regard de leurs trois missions et de proposer de nouveaux axes de réforme « pour garantir le maintien d'un niveau d'excellence dans chacun de leurs domaines de compétences ». Après avoir présenté un bilan des CHU, le rapport émet des propositions réparties en cinq objectifs : renforcer la dimension universitaire et médicale de la gouvernance des CHU ; prendre en compte la spécificité des missions de soins dans un environnement hospitalo-universitaire ; reconstruire la dynamique de recherche biomédicale ; rénover la politique de gestion des talents et des hommes en adéquation avec les objectifs d'excellence des CHU ; adapter le potentiel d'accueil et les parcours de formation au sein des CHU afin de renforcer leur fonction de formation des médecins et soignants.

► Chimiothérapie

42847

RAPPORT, INTERNET
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).
Boulogne Billancourt. FRA

Situation de la chimiothérapie des cancers en 2009.

Boulogne Billancourt : INCA : 2009/11 : 26p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/les-soins/3655-publication-de-la-situation-de-la-chimiotherapie-des-cancers-en-2009>

Ce rapport recense et analyse, dans les établissements de santé, les évolutions récentes de la pratique de la chimiothérapie des cancers en France. Il est destiné à favoriser une vision partagée de la situation de cette pratique de soins dans le contexte de l'évolution des besoins, des pratiques, des coûts et de l'espoir légitime porté par le flux d'innovations offertes aux patients traités pour ces affections. Il couvre spécifiquement la pratique dans ces établissements de la chimiothérapie intraveineuse faisant l'objet de tarification en Groupes Homogènes de Séjours (GHS), qu'il s'agisse de séances en hospitalisation de jour ou de séjours en hospitalisation complète. Il ne prend donc pas en compte l'usage de la chimiothérapie orale prescrite par ces établissements et réalisée en leur sein ou plus souvent au domicile. Les données économiques et de pratique sont ciblées sur certaines molécules de chimiothérapie, particulièrement onéreuses, dont le coût n'est pas intégré au tarif des GHS de

chimiothérapie et qui sont inscrites sur une liste en sus des GHS. Ces molécules sont remboursées aux établissements publics, sous réserve de respecter les référentiels de bon usage produits par l'Inca et l'Afssaps.

► Dossier patient

41623

RAPPORT
TAJAHMADY (A.), CAUTERMAN (M.)
Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. (M.E.A.H.). Paris. FRA

Le dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport final.

Paris : Meah : 2009/03 : 32p.

Cote Irdes : B6713

http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Dossier_patient/Documentation/Dossier_patient_-_MeaH_-_Rapport_final.pdf

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a mené une mission d'accompagnement de 8 établissements de santé français durant 18 mois sur le thème du dossier patient. La méthodologie employée comprenait 4 phases : diagnostic, plans d'actions, mise en oeuvre, évaluation/capitalisation. Cinq axes de travail ont été retenus : politique, circuit (archivage), contenant, contenu et usages (comptes-rendus d'hospitalisation, loi du 4 mars 2002). Le rapport final présente les principales réalisations et enseignements du chantier. A travers des actions organisationnelles et managériales simples, et l'utilisation d'outils classiques de gestion de projet, les établissements du groupe de travail ont réussi à améliorer la conformité du contenu de leur dossier patient, et les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation. D'autres réalisations, sur la réduction du volume des archives, la mise en place d'un dossier patient papier unique ou l'informatisation du dossier patient ont été atteintes. Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt qu'une démarche projet centrée sur les aspects organisationnels du dossier patient peut avoir. Ils soulignent aussi les dangers que l'absence d'une telle réflexion peut présenter lorsqu'un établissement s'engage dans une démarche d'informatisation ou de numérisation de son dossier patient.

► Financement

43306

RAPPORT
BRAS (P.L.), DUHAMEL (G.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé.

Paris : Igas : 2009/11 : 77p., tabl.

Cote Irdes : B6816

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf>

Au-delà des prestations de soins dont le financement est pris en compte par la tarification à l'activité (T2A), certains établissements de santé assurent des missions d'intérêt général (MIG). Pour compenser les charges liées à l'accomplissement de ces MIG, une dotation a été créée dans la mesure où ces activités n'étaient pas quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel se fonde la T2A et n'étaient pas liées aux variations de l'activité de soins réalisée. La dotation se décompose en deux parties : une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation (enveloppe Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation - MERRI) ; une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général, parmi lesquelles l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR, les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs, les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues. L'IGAS a conduit une mission d'évaluation du financement de ces missions dans les établissements de santé (Résumé d'auteur).

► Hôpitaux psychiatriques

40368

RAPPORT
STROHL (H.), BASTIANELLI (J.P.),
LAURAND (G.), PLANES-RAISENAUER (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif. Tome I/III.

Paris : Igas : 2007/07 : 61p.

Cote Irdes : B6643

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000022/0000.pdf>

La mission IGAS a contrôlé les établissements psychiatriques de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction " gestion des ressources humaines ", l'utilisation de ces moyens rapportés à l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins. Le présent rapport reprend les constats et les conclusions qui peuvent avoir des effets sur la politique de santé publique en psychiatrie, tant du point de vue de l'amélioration du fonctionnement des établissements que d'une meilleure allocation des moyens. Il examine successivement les points suivants : attribution - gestion - utilisation des ressources humaines avant de dégager quelques pistes d'amélioration.

40369

RAPPORT
STROHL (H.), BASTIANELLI (J.P.),
LAURAND (G.), PLANES-RAISENAUER (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif. Tome II/III - Annexes.

Paris : Igas : 2007/07 : 89p.

Cote Irdes : B6642

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000022/0000.pdf>

La mission IGAS a contrôlé les établissements psychiatriques de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction " gestion des ressources humaines ", l'utilisation de ces moyens rapportés à

l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins. Ce document présente les annexes du rapport: Condition de travail et temps de travail, utilisation du temps de présence du personnel paramédical et médical.

► Indicateurs de gestion hospitalière

43273

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA

Bilan de la mise en oeuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative à la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques en établissements de santé (Rapport DEDALE).

Paris: DHOS: 2009/09: 161p., tabl.

Cote Irdes: B6805

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_general_gestion_des_risques_en_etablissements_de_sante_-_Dedale_2009.pdf

Afin d'assurer la sécurité des soins, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fait la promotion d'une politique de gestion globale et coordonnée des risques par les établissements de santé. Les établissements de santé, publics et privés, sont guidés dans leur démarche de gestion et de prévention globale des risques par la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé. La circulaire aborde successivement: la problématique et les enjeux du management des risques, les conditions de développement d'un programme de gestion au sein des établissements de santé (ES) et le rôle d'accompagnement des agences régionales de santé (ARS). Elle est complétée par des annexes à visée opérationnelle. Son objectif est d'impulser le développement, dans chaque ES, d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques, comportant des objectifs et actions en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et

d'évaluation. Les risques considérés correspondent au champ de la « prise en charge du patient », avec les risques spécifiques et génériques liés aux activités, processus et produits, et à celui de la « vie hospitalière » qui regroupe les risques afférents aux personnes et à l'ensemble des fonctions et systèmes en place dans l'établissement de santé.

► Mort

43300

RAPPORT

LALANDE (F.), VEBER (O.)

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

La mort à l'hôpital. Tome 1.

Paris: Igas: 2009/11: 106p., tabl.

Cote Irdes: B6820

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000037/0000.pdf>

Dans le cadre de son programme annuel, l'IGAS a réalisé une enquête sur "la mort à l'hôpital". Le périmètre d'investigation de la mission s'est étendu de la fin de vie jusqu'au départ des corps des établissements hospitaliers. Le rapport étudie la situation de l'ensemble des établissements hospitaliers, publics ou privés, y compris les hôpitaux psychiatriques et le secteur de l'hospitalisation à domicile. Il comprend cinq chapitres. Le premier chapitre dresse un tableau statistique succinct de la mortalité en France et des lieux de décès, à partir des statistiques de l'INSERM. Il compare ces données aux statistiques internationales disponibles. Le deuxième chapitre décrit la place que tiennent chaque type d'établissement de soins et chaque type de service dans la mortalité hospitalière. Il décrit notamment comment les services où l'on meurt le plus fréquemment ne sont pas forcément les mieux adaptés à une mort sereine. Le troisième chapitre constate l'opacité entretenue sur le sujet par le système hospitalier et liste les domaines où cette opacité est particulièrement préjudiciable. Le quatrième chapitre décrit comment le non-dit entraîne une grande diversité des pratiques, y compris mortuaires, et donc des situations insatisfaisantes. Le cinquième chapitre formule des propositions pour répondre aux dysfonctionnements constatés (Résumé d'auteur).

43301

RAPPORT

LALANDE (F.), VEBER (O.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.). Paris. FRA

La mort à l'hôpital. Rapport annexes - Tome 2.

Paris: Igas: 2009/11: 58p., tabl.

Cote Irdes: B6821

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000037/0000.pdf>

Dans le cadre de son programme annuel, l'IGAS a réalisé une enquête sur "la mort à l'hôpital". Le périmètre d'investigation de la mission s'est étendu de la fin de vie jusqu'au départ des corps des établissements hospitaliers. Le présent rapport présente les documents annexes au rapport principal: désignation des inspecteurs; note de cadrage de la mission; certificat de décès; comparaisons internationales; graphique retraçant les lieux de décès sur la mortalité commune/région; étude menée par l'Atih à la demande de la mission; répartition des décès par services en 2008 à l'AP-HP; document de la Cnamts et de la Dccrf précisant les critères de décision pour le contrôle des soins palliatifs.

► Organisation hospitalière

42223

OUVRAGE

FERRAGUT (E.)

Penser l'hôpital autrement. Qualité de soin et contraintes économiques.

Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson:

2009: 152p.

Cote Irdes: A3915

Durant ces trente dernières années, nous avons assisté à une transformation profonde de l'hôpital dans son organisation, son fonctionnement et ses objectifs. Gestion du personnel, management des équipes soignantes, économies demandées, l'hôpital public, comme les médecins libéraux, se retrouvent confrontés et soumis aux mêmes défis qu'une entreprise avec comme impératifs supplémentaires la nécessité de maintenir le système de soins français à un niveau de qualité satisfaisant et de répondre aux transformations de la société. L'ouvrage aborde la problématique de la difficile gestion qualité de soin-contraintes économiques à travers des thèmes tels que: le vieillissement de la population; la gestion des unités de soins palliatifs; la gestion et promotion du don d'organe;

l'équilibre à trouver entre réponse technique et écoute; les nouvelles formes d'accompagnement et de responsabilisation de l'individu à sa santé; l'importance de la décision thérapeutique. Cet ouvrage, fruit d'une méthodologie raisonnée, se base notamment sur l'expérience de l'équipe de l'Unité de psychosomatique et psychopathologie de la douleur de Montpellier pour proposer des réponses concrètes et adaptées à ces changements irréversibles: comment concilier éthique, échelle de valeurs, qualité d'écoute et de soin avec les plans comptables, comment gérer les ressources humaines et encourager la pluridisciplinarité (4è de couverture).

► Qualité des soins

41429

RAPPORT

GALLAHER (G.), KIM (S.), KIRST (M.), LOFTERS (A.), MURPHY (K.), O'CAMPO (P.), QUINONEZ (C.), SCHAEFER-McDANIEL (N.), SHANKARDASS (K.)
Centre for Research on Inner City Health.
(C.R.I.C.H.). Toronto. CAN

Measuring equity of care in hospital settings: from concepts to indicators.

Mesurer l'équité des soins en milieu hospitalier: Des concepts aux indicateurs.

Toronto: C.R.I.C.H.: 2009/05: 40p.

Cote Irdes: B6705

http://www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/measuring_equity.pdf

Ce rapport du Centre for Research on Inner City Health examine des indicateurs d'équité des soins en milieu hospitalier pour les populations prioritaires: les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie et les personnes atteintes de diabète sucré. 10 indicateurs apparaissent appropriés pour être utilisés dans les hôpitaux de Toronto.

42610

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SCHWIERZ (C.), AUGURZKY (B.), WASEN
(J.)

Rheinisch-Westfälisches Institut für
Wirtschaftsforschung. (R.W.I.). Essen. DEU

***Does the Quality of Hospital Treatment Vary by
Days of the Week ?***

*La qualité des soins hospitaliers varie-t-elle selon
les jours de la semaine ?*

Essen: RWI: 22p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/
FOLDER/PUBLIKATIONEN/RUHRECPAP/
REP105/REP_09_105.PDF](http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RUHRECPAP/REP105/REP_09_105.PDF)

This paper investigates the relationship between health outcomes and variations in staffing levels as approximated by admissions on weekdays versus admissions on weekends. Because days of admission are potentially endogenous, we instrument on emergency admissions only, which are reasonably exogenous to the time of admission. Further, we introduce a direct measure for within-diagnosis variation in severity across days of admission to control for the unobservable selection of patients. We find that after controlling for patient heterogeneity and endogeneity of the day of admission there is still a significant variation in mortality rates between weekend and weekday admissions. Patients admitted during the weekend exhibit higher in-hospital mortality rates. We also find signs of premature discharge, as patients with short lengths of stay tend to exhibit higher probability to be readmitted as emergency cases.

► Tarification hospitalière

42346

OUVRAGE
DOUMAIL (K.)

***Guide pratique de la tarification à l'activité
(T2A). Mode d'emploi au quotidien.***

Bordeaux: Les études hospitalières: 2009 :
188p., fig.

Cote Irdes : c, A3922

Composante du "pacte de modernité" voulu et annoncé pour les établissements de santé en 2002, la tarification à l'activité (T2A) s'inscrit dans le cadre d'une évolution juridique entreprise dès 1996. Le déséquilibre chronique des comptes de l'assurance maladie et les carences inhérentes aux précédents modes

de financement ont, en effet, conduit le législateur à "médicaliser" tout d'abord le mécanisme de régulation des dépenses de santé, puis les modes de financement eux-mêmes. Conscrite par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2004, l'impact de la T2A dépasse le cadre des établissements de santé. Opposables aux secteurs public et privé, cette réforme constitue un puissant levier de réorganisation de l'offre de soins nationale. En ce sens, elle renvoie directement aux problématiques d'aménagement du territoire, des relations établissements de santé-médecine de ville et, pour la population, l'accès aux soins. Aux regards des enjeux d'une telle réforme, les acteurs du secteur hospitalier se doivent de développer une connaissance approfondie de la T2A. Dans cette perspective, ce guide constitue un outil de travail au quotidien. Au-delà d'une approche historique et théorique de cette réforme, il permet de découvrir et d'approfondir les connaissances à travers une présentation ludique, basée notamment sur des fiches techniques. Les mécanismes de contrôle et de sanction financière à l'encontre des établissements de santé font également l'objet d'une étude approfondie.

42621

RAPPORT
VASSELLE (A.)

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

***Rapport d'information sur le processus de
convergence tarifaire et la proposition de
report de son achèvement à 2018.***

Paris: Sénat: 2009 : 35p., tabl.

Cote Irdes : B6781

<http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-0761.pdf>

Depuis son inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le processus de convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés, qui vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes, a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations. Après avoir renoncé à mettre en oeuvre la convergence à hauteur de 50 % en 2008 et alors que le processus doit en principe être achevé en 2012, le Gouvernement propose désormais au Parlement, dans le cadre du PLFSS pour 2010 (art. 32), de reporter à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre établissements de santé, publics et privés (convergence dite "intersec-

torielle”), compte tenu des nombreuses études restant à réaliser sur les écarts de coûts entre les différents secteurs. Dans le même temps, il envisage la mise en oeuvre dès 2010 d’une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour (GHS). Dans ce contexte, la Mission d’évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat a souhaité faire le point sur ce dossier lors d’une table ronde qu’elle a organisée le 27 octobre 2009, réunissant les différents acteurs concernés (fédérations hospitalières, DHOS, mission T2A du ministère de la santé) pour mieux comprendre les enjeux du processus et les difficultés rencontrées dans sa réalisation. Dans un rapport d’information intitulé “En attendant la convergence tarifaire...”, et publié le 3 novembre, le sénateur Alain Vasselle propose, après un bref rappel de l’état du processus de convergence, un compte rendu de cette table ronde qui a permis, “pour la première fois au Parlement, une véritable confrontation des points de vue susceptible d’éclairer la poursuite de cette démarche”. Le rapport sénatorial témoigne des fortes divergences d’interprétation de la réforme... et de ses risques.

42739

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009 : 125p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_regles_de_facturation_des_soins_dispenses_dans_les_etablissements_de_sante_2009.pdf

Ce guide vise à faire le point sur l’état de la réglementation en matière de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires, référencés sur chaque fiche, auxquels il convient de se référer, en tant que de besoin. Il s’adresse aux ARH, aux directeurs d’établissements, aux caisses d’assurance maladie, aux éditeurs de logiciels et à toute personne désireuse d’obtenir des informations sur les procédures d’admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Spécialités médicales

42652

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA, Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)

Rapport 2008-2009 de l’ONDPS. Tome 1 : Les métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique.

Paris : ONDPS : 2009/10 : 85p., tabl., carte, graph.

Cote Irdes : A3942

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_INCa_2008-2009.pdf

Ce rapport consacré aux métiers du diagnostic biologique du cancer constitue le premier tome du rapport annuel de l’Ondps. Issu d’un travail mené en partenariat avec l’Inca, il rassemble des analyses portant sur l’activité diagnostique à laquelle participent de façon spécifique et complémentaire les spécialistes de l’anatomie-cytopathologie, de la biologie médicale et de la génétique. La part de l’activité que les professionnels de ces différents métiers y consacrent est variable. Les connaissances scientifiques, les évolutions techniques et réglementaires, les impératifs économiques devraient à terme contribuer à modifier l’architecture des organisations et à faire évoluer les compétences. Dans ce contexte, l’état des lieux démographique des professionnels en activité et en formation constitue un repère important pour envisager l’avenir et identifier les inflexions qui seront nécessaires en matière de gestion des ressources humaines pour parvenir à des prises en charge des patients à la fois équitables et efficaces (Résumé d’auteur).

► Migrations internationales

43529

RAPPORT, INTERNET

DE VRIES (H.), SANDERSON (P.), JANTA (B.), RABINOVICH (L.), ARCHONTAKIS (F.), ISMAIL (S.)

Rand Corporation. Santa Monica CA. USA
General Medical Council. Londres. GBR

International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems: Egypt, Germany, Greece, India, Italy, Nigeria, Pakistan, Poland, South Africa and Spain.

Comparaison internationale de dix systèmes de régulation médicale : Egypte, Allemagne, Grèce, Inde, Italie, Nigéria, Pakistan, Pologne, Afrique du Sud et Espagne

Technical Report ; n°691

Santa Monica : Rand corporation : 2009 : 183p., tabl., annexes.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR691.pdf

This study was commissioned by the UK General Medical Council (GMC) to provide an evidence base on the systems of medical regulation in place in the countries of origin of doctors seeking to enter the UK and obtain registration to practise. This evidence base can be utilised in developing policy and practice regarding overseas doctors who seek registration to practice within the UK. The assurance of quality of care and patient safety are important concerns for the GMC and (partly) depend on the regulation of the medical profession. As the core regulator of the doctors in the UK, the GMC seeks to understand how the regulation of medical professionals in other countries compares to medical regulation in the UK, and whether any differences could potentially affect quality of care and patient safety. Understanding these differences might also assist the GMC in developing specific policies to facilitate the smooth transition of non-UK trained medical professionals into the UK medical system and easier adjustment into a new medical regulatory regime. The countries selected for analysis by the GMC are the countries of origin of the ten largest groups of non-UK qualified doctors registered in the UK: Egypt, Germany, Greece, India, Italy, Nigeria, Pakistan, Poland, South Africa and Spain. Medical professionals from these countries represent the largest groups of non-UK qualified doctors registered with the GMC.

MÉDICAMENTS

► CEPS

42247

RAPPORT, INTERNET

Comité Economique des Produits de Santé. (C.E.P.S.). Paris. FRA

Comité Economique des Produits de Santé : rapport d'activité 2008.

Paris : CEPS : 2009/07 : 77p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/ceps/doc/rapport_activite_ceps_2008.pdf

Ce rapport d'activité décrit les principales activités du Comité économique des produits de santé (CEPS) au cours de l'année 2008. Il comprend 2 parties. La première partie traite des médicaments : le marché des médicaments remboursables en 2008 ; la régulation du marché des médicaments ; la fixation des prix. La deuxième partie concerne les produits de santé autres que les médicaments : dépenses et prise en charge des dispositifs médicaux.

► Consommation pharmaceutique

40444

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRANDFILS (N.), SERMET (C.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Evolution 1998-2002 of the antidepressant consumption in France, Germany and the United Kingdom.

Évolution de la consommation d'antidépresseurs en France, Allemagne et Royaume-Uni : 1998-2002.

Document de travail Irdes ; 21

Paris : Irdes : 2009/02 : 17p.

Cote Irdes : DT21

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT21EvoluAntidepressantConsumFranceGermanyUk.pdf>

The aim of this paper is to compare the evolution of antidepressant consumption in France, Germany and the United Kingdom between 1998 and 2002. Commercial databases (IMS Health) have been used in conjunction with administrative data (PACT for the UK, GKV for Germany and Afssaps for France) to estimate antidepressant consumption in Daily Defined Doses.

► Dispositifs médicaux

42344

OUVRAGE
AUDRY (A.), GHILAIN (J.C.)

Le dispositif médical.

Paris: PUF: 2009: 127p., fig.
Cote Irdes: A3920

Quel est le point commun entre une prothèse de hanche, une pompe à insuline, un pacemaker, une IRM, des seringues, une paire de béquilles, des pansements, un robot? Au sein des industries de santé, ils appartiennent à une même famille: celle des dispositifs médicaux. Ces produits, qui aident au diagnostic et/ou au traitement des pathologies ne sont pourtant pas des médicaments et présentent de nombreuses spécificités: sur le plan réglementaire, ils obéissent à un régime de mise sur le marché particulier, et sur le plan scientifique, leur évaluation préclinique et clinique diffère de celle des médicaments. Les dispositifs médicaux sont aussi, et surtout, un domaine de forte innovation: les enjeux sanitaires qui en découlent sont donc de premier ordre et en pleine évolution (tiré de la 4e de couverture).

► Industrie pharmaceutique

41669

OUVRAGE
PETERSEN (M.)

Our daily meds.

Nos médicaments quotidiens.

New York: Picador: 2009: 432p., index
Cote Irdes: A3890

<http://www.booksmag.fr/ressources//nos-medicaments-quotidiens-comment-les-compagnies-pharmaceutiques-se-sont-transformees-en-adroite.html>

Réalisé par une journaliste spécialisée dans le domaine des médicaments, cet ouvrage met en évidence le système de corruption mis en place par les grandes firmes pharmaceutiques américaines. En effet, trois scandales révélés en 2008 aux États-Unis ont attiré l'attention sur les relations incestueuses entre l'industrie pharmaceutique, la recherche universitaire et les instances chargées d'autoriser et de contrôler l'usage des médicaments. Plusieurs livres de qualité décrivent en détail la corruption du système de santé et de la recherche médicale. La plupart des médicaments mis

sur le marché américain sont davantage le résultat d'une recherche en marketing que d'un investissement scientifique. Leurs vertus sont gonflées, les effets secondaires minimisés ou gommés. Une fois mis sur le marché, ils sont souvent détournés de leur indication initiale, afin d'être vendus en plus grande quantité. Des maladies nouvelles sont même inventées pour créer de nouveaux marchés.

42142

RAPPORT
Commission Européenne. (C.E.). Direction de la Concurrence. Bruxelles. BEL

Pharmaceutical sector inquiry: final report.

Enquête sectorielle dans le domaine pharmaceutique: rapport final.

Bruxelles: Office des publications officielles des Communautés européennes: 2009/07: 605p., tabl., graph.

Cote Irdes: B6601BIS/1-2

<http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/index.html>

Le secteur pharmaceutique est crucial pour la santé des citoyens européens, qui ont besoin d'un accès à des médicaments sûrs, innovants et abordables. Chaque Européen a dépensé en moyenne quelque 430 euros pour des médicaments en 2007, somme qui continuera sans doute à croître en raison du vieillissement de la population européenne. Globalement, en 2007, le marché des médicaments à usage humain délivrés avec et sans ordonnance a représenté dans l'Union européenne plus de 138 milliards d'euros au prix départ usine et 214 milliards d'euros au prix de détail. Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des politiques et initiatives bien établies de la Commission concernant le secteur pharmaceutique, notamment la stratégie de Lisbonne, la stratégie dans le domaine des droits de propriété industrielle, la communication sur une vision nouvelle du secteur pharmaceutique et l'Initiative Médicaments Innovants. Il convient aussi de le mettre en parallèle avec les activités réglementaires de la Commission qui portent en particulier sur la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments, la transparence des procédures nationales de fixation du prix et du niveau de remboursement et la protection des droits de propriété intellectuelle. En effet, vu l'importance de l'industrie pharmaceutique pour la croissance économique et l'emploi, ainsi que son rôle pour la santé publique, la Commission s'est engagée à mener des politiques susceptibles de créer un environnement propice à la

viabilité de ce secteur. Cette enquête sectorielle est donc liée à d'autres initiatives de la Commission visant à assurer aux patients européens des médicaments sûrs, efficaces et abordables, tout en créant un environnement commercial capable de stimuler la recherche, de favoriser une innovation utile et de soutenir la compétitivité de l'industrie.

42347

OUVRAGE

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

100 questions que l'on nous pose.

Paris : LEEM : 2009 : 100p., index

Cote Irdes : A3923

Ce document a été élaboré à l'occasion des débats de la semaine de dialogue sur le médicament avec le grand public sur le thème : peut-on faire confiance au médicament, organisé par le LEEM. Ce guide construit sous forme de questions réponses est structuré en cinq parties : les Français et leurs médicaments, l'économie du médicament, la recherche de médicaments, les patients et leurs médicaments, et les entreprises du médicament.

42602

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Conseil Stratégique des Industries de Santé.
(C.S.I.S.). Paris. FRA

Conseil Stratégique des Industries de Santé.

Paris : CISS : 2009 : 34p., tab.

Cote Irdes : En ligne

http://www.elysee.fr/download/?mode=press&filename=2009.10.26Dossier_de_presse_CSIS.pdf

Ce dossier de presse présente les divers thèmes et mesures abordés lors de la quatrième réunion du conseil stratégique des industries de santé, présidé par le Président de la République. Onze mesures ont été annoncées pour soutenir le secteur. Il est prévu de créer un fonds d'investissement dans les biotechnologies de 140 millions d'euros, de développer des partenariats public-privé dans la recherche biomédicale, d'autoriser les laboratoires à pratiquer sur les médicaments destinés à l'exportation des prix supérieurs à ceux fixés en France, de développer les outils performants d'épidémiologie, d'améliorer l'accès aux thérapeutiques et d'inciter l'activité de fabrication de spécialités pharmaceutiques notamment des médicaments génériques. Ainsi, les génériqueurs pourront désormais

être autorisés à commencer la production de copies de molécules avant l'expiration des droits attachés à la spécialité princeps de référence, selon un avenant à l'accord cadre Etat-industrie signé par le président du Comité économique des produits de santé (CEPS) et le président du Leem (Les entreprises du médicament). Le CSIS entend également améliorer la lisibilité des politiques conduites dans les domaines de l'évaluation des technologies médicales par l'encadrement des délais d'inscription au remboursement d'actes, liés à des dispositifs médicaux innovants, et la poursuite de l'essor de l'automédication en France (Résumé d'après le site Annuaire sécu).

42875

OUVRAGE

LENGLET (R.)

Lobbying & santé.

Paris : Editions Pascal, Paris : Mutualité

Française : 2009/10 : 91p., ann., index

Cote Irdes : A3979

Les impératifs de santé publique se heurtent trop souvent à d'importants groupes commerciaux ou à des industriels pour qui l'intérêt général pèse de peu de poids face à l'intérêt particulier. Pour influencer les consommateurs, l'opinion publique et les décideurs politiques, ils n'hésitent pas à recourir aux services de cabinets de lobbying chevronnés. Qui sont ils ? Quelles sont leurs méthodes ? De quelles armes disposent les citoyens et le législateur pour s'opposer à leurs opérations d'influence ? Telles sont quelques unes des questions auxquelles ce livre s'efforce de répondre (tiré de la 4e de couverture).

43632

RAPPORT

Pôle Interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations Economiques.
(P.I.P.A.M.E.). Paris. FRA

Mutations économiques pour les industries de santé.

Paris : Pipame : 2009/11 : 60p.

Cote Irdes : B6840

http://observgo.uquebec.ca/observgo/fichiers/60612_PIPAME.pdf

L'évolution à moyen et à long terme de l'industrie pharmaceutique est une question d'actualité. Son modèle économique, basé sur l'innovation et dominé par les grands groupes, est-il stable ? Va-t-il basculer dans les années à venir ? Ce rapport présente une analyse des

facteurs de changement qui pourraient influencer sur l'évolution de l'industrie pharmaceutique à court et moyen terme. Il approfondit certains thèmes comme les dépenses et le financement de la santé, le marché et ses acteurs, la recherche et développement, la production du médicament, son prix, l'emploi dans le secteur.

43633

RAPPORT

BELINGARD (J.L.) / pres.

Rapport du groupe de travail Industries de santé - Etats généraux de l'industrie.

Paris : Etats-Généraux de l'Industrie :
2010/01 : 138p.

Cote Irdes : B6839

Ce rapport a été réalisé par le groupe de travail « Industries de Santé » mis en place dans le cadre des Etats généraux de l'industrie (EGI). Son périmètre d'intervention comprend l'industrie du médicament à usage humain et vétérinaire, les start-up de haute technologie appliquée à la santé, les dispositifs médicaux, y compris diagnostic médical, imagerie médicale et nutrition clinique et la télésanté. Après un diagnostic de la situation actuelle soulignant le poids de ces entreprises en France et les forces et faiblesses de l'environnement national, le rapport décrit les enjeux auxquels ce secteur est confronté (développer les industries de santé de demain, apporter des réponses face aux attentes sociétales en matière de santé et adapter la gouvernance de santé). Le rapport formule enfin un certain nombre de propositions d'actions qui s'inscrivent autour de deux axes : l'optimisation de l'écosystème de l'innovation (partagé par d'autres secteurs industriels) et la refonte de la gouvernance publique (plus spécifique aux industries de santé).

43674

RAPPORT, CD ROM

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

Réalités économiques 2008 : l'industrie du médicament en France.

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM
Services : 2009 : 119p., tabl., graph., index

Cote Irdes : Bc6843

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, investissements, 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.

► Innovation médicale

42233

INTERNET, DIPLOMES
CONG (Z.)

Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Value of Pharmaceutical Innovation : The Access Effects, Diffusion Process, and Health Effects of New Drugs.

La valeur de l'innovation pharmaceutique : les effets en termes d'accès, le processus de diffusion et les effets de nouveaux médicaments sur la santé.

Rand dissertations

Santa Monica : Rand corporation : 2009 :
67p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/2009/RAND_RGSD242.pdf

This dissertation consists of three papers concerning the introduction of new drugs. The first paper investigates the access effects of new drugs, estimating the increase in the number of prescriptions and the number of people taking medications at various drug class levels due to a single new-drug approval. The author finds that more creative drugs (e.g., new chemical entities) have larger and more significant access effects, whereas less creative drugs have no significant effects. The second paper considers the value of pharmaceutical innovations by investigating the drug adoption patterns of atorvastatin among different patient subgroups over time. The author finds that in assessing the value of pharmaceutical innovations, a dynamic approach examining effectiveness over time is preferred to a static approach. In the third paper, the author compares the clinical and access-expansion effects for a systematically chosen list of drugs using claims data and the clinical trials literature. Although most of the drugs studied offer clinical benefits, the effect

of new drug introductions on the number of patients treated accounts for a substantial majority of the value created by new drugs.

42252

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SENNHAUSER (M.), ZWEIFEL (P.)
University of Zurich. Socioeconomic Institute.
Zurich. CHE

A Pharmaceutical Innovation – Is it Worth the Money? Whose Money?

Coût de l'innovation pharmaceutique : Se justifie-t-il? Qui doit le supporter?

Working Paper; n° 0914

Zurich: Socioeconomic Institute: 2009/08:
22p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www soi.uzh.ch/research/wp/2009/wp0914.pdf>

This study seeks to provide evidence for deciding whether or not a pharmaceutical innovation should be included in the benefit list of social health insurance. A discrete choice experiment (DCE) was conducted in Germany to measure preferences for modern insulin therapy. Of the 1,100 individuals interviewed in 2007, 200 suffered from type 1 diabetes, 150 from insulin-treated type 2 diabetes, and 150 from insulin-naive type 2 diabetes. The long-acting insulin analogue "Insulin Detemir" is compared to human insulin as the status quo. The DCE contains two price attributes, copayment and increased contributions to health insurance. As one would expect, non-affected non-diabetics and insulin-naive diabetics exhibit higher willingness-to-pay (WTP) values through copayment (adjusted for probability of contracting diabetes), while affected type 1 and insulin-treated type 2 diabetics have higher WTP through increased contributions. However, WTP values exceed the extra treatment cost in both financing alternatives, justifying inclusion of the innovation in the benefit list from a cost-benefit point of view.

42272

INTERNET, DIPLOMES
BLUME-KOHOUT (M.E.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Essays on Government Policy and Pharmaceutical Innovation.

Essais sur la politique gouvernementale et l'innovation pharmaceutique.

Rand dissertations

Santa Monica: Rand corporation: 2009 :
99p., tabl., fig.

Cote Irdes: En ligne

http://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/2009/RAND_RGSD248.pdf

New drug therapies may deliver many social and economic benefits, but current levels of innovation across diseases may not be socially optimal. This dissertation investigates two mechanisms by which governments may influence pharmaceutical research and development (R&D) priorities: (1) public funding for life sciences research; and (2) prescription drug insurance, as in Medicare Part D. The author finds federal funding for life sciences research spurs non-federal investment in academic R&D as well as downstream drug development. Likewise, introduction of Medicare Part D increased both the number of drugs entering clinical trials and firm R&D expenditures for higher-Medicare-share drugs.

42640

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GROOTENDORST (P.)
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

How should we support pharmaceutical innovation?

Comment pouvons-nous soutenir l'innovation pharmaceutique?

SEDAP Research Paper; n°246

Hamilton: SEDAP: 2009/05: 16p.

Cote Irdes: En ligne

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap246.pdf>

La question de savoir comment la société devrait promouvoir l'innovation dans le domaine des produits pharmaceutiques tombe à point nommé pour diverses raisons: les produits pharmaceutiques sont un élément important des systèmes de santé modernes et tiennent la promesse de traiter plus efficacement un certain nombre de problèmes de santé débilissants. Cependant, le taux d'innovation dans le domaine pharmaceutique est en baisse depuis les années 80. Beaucoup d'observateurs se demandent aujourd'hui si le système en place d'attribution des brevets est en mesure de générer les incitations nécessaires à promouvoir l'innovation et proposent des solutions de remplacement plus prometteuses pour le financement de l'innovation pharmaceutique. Ces solutions comprennent des programmes de subventions des coûts de R & D dans le domaine pharmaceutique (push

programs) et d'allocation de primes lors de la création de produits pharmaceutiques issus de la R & D (pull programs), par exemple, de nouveaux médicaments. L'article passe en revue les éléments de preuve qui démontrent pourquoi le système de brevets pharmaceutiques actuellement en place est déficient et propose des solutions de remplacement qui pourraient stimuler l'innovation pharmaceutique de manière plus efficace.

► Médicaments génériques

41601

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BOKHARI (F.A.S.), FOURNIER (G.M.)
Florida State University. Department of
Economics. Tallahassee FL. USA

Entry in the ADHD drugs market: Welfare impact of generics and me-toos.

L'entrée des médicaments pour le traitement des troubles de l'attention et de l'hyperactivité dans le marché pharmaceutique : impact économique sur les génériques et les me-too.

Rochester : Social Science Electronic
Publishing : 2009/05 : 39p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1401546

In this paper, we exploit a novel approach for instrumenting a differentiated products demand system for therapeutically equivalent drugs. Using unusually detailed sales data on psychostimulant drugs, used to treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), we are able to identify and measure substitution patterns across a range of drugs. We find that the demand for ADHD drugs is quite elastic and there are significant substitution possibilities among these drugs, both within the molecule and form, as well as across the segments. In addition, the first-time introduction of a generic drug shows large welfare gains due to expansion of the market to price sensitive consumers. Further, the welfare gains due to the introduction of me-too drugs vary by the novelty of the drug, and for significantly new varieties can be as large as those of the introduction of a generic. Our results bear policy implications for both, the speed with which new drugs are approved for marketing, as well as for actions among pharmaceutical firms that may delay the entry of a generic drug.

► Politique du médicament

42740

RAPPORT, INTERNET
ROSSO-DEBORD (V.)
Assemblée Nationale. Commission des
Affaires Européennes. Paris. FRA

Rapport d'information sur le paquet médicament (E 4184, E 4185, E 4186, E 4187 et E 4188).

Paris : Assemblée nationale : 2009 : 63p.,
ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i1997.pdf>

Ce rapport présente les orientations du paquet médicament proposées par la Commission européenne à travers cinq textes (deux propositions de règlements et trois directives). Ces orientations concernent l'amélioration de la pharmacovigilance, la lutte contre les médicaments falsifiés et l'information de l'utilisateur. Ce rapport développe d'importantes réserves et critiques de fond. Il considère que la proposition de règlement et la proposition de directive relatives à l'information des patients n'étaient pas acceptables en l'état, et émet, à l'opposé, une opinion favorable aux autres textes, ceux sur la pharmacovigilance et celui sur la lutte contre la falsification. Avant d'évoquer les motifs de ces prises de position, il convient cependant de rappeler tant les principaux enjeux du médicament pour l'Europe que le cadre juridique communautaire qui lui est applicable.

► Prescription

40274

RAPPORT
BAZOT (A.) / pref.
Union Fédérale des Consommateurs- Que
Choisir. (U.F.C.). Paris. FRA

Médicaments prescrits en ville : pour soigner mieux à moindre coût.

Paris : UFC Que choisir : 2008/10 : 28p.

Cote Irdes : A3828

Les médecins ne prescrivent pas toujours les médicaments les moins chers, voire même les plus efficaces. C'est le constat de cette étude de l'UFC-Que Choisir. Selon l'association de consommateurs, elle confirme les conclusions d'une précédente. Au total, sur seulement 5 classes de médicaments (14 % des prescriptions de ville) et à qualité de soins

au moins équivalente, 1 milliard d'euros aurait ainsi pu être économisé de 2002 à 2006, note l'UFC. A titre d'exemple, l'association cite la prescription abusive de Plavix dans la prévention ou les suites d'un accident cardiovasculaire, alors que l'aspirine à faible dose - et 27 fois moins chère - pourrait suffire dans un nombre de cas important. Ces résultats font écho au constat sans appel récemment dressé par la Cour des Comptes puis par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). En cause, selon l'étude, une prescription trop largement influencée par l'industrie pharmaceutique. L'association rappelle que la pression de la visite médicale des laboratoires sur les médecins est ainsi plus élevée en France que dans les autres pays européens : on compte en France 1 visiteur médical pour 9 médecins libéraux, soit deux fois plus qu'en Angleterre ou en Allemagne et quatre fois plus qu'aux Pays-Bas. L'UFC-Que Choisir préconise ainsi de leur substituer des visiteurs médicaux sous l'égide de la Haute Autorité de santé. La création de 1.700 postes publics coûterait 200 millions d'euros par an et pourrait être financé par la taxe sur les laboratoires pharmaceutiques, précise l'association de consommateurs.

42351

RAPPORT, INTERNET
AMALRIC (F.), LOOCK (J.)
IMS Health. Paris. FRA
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).
Paris.FRA

Caractériser le modèle français de prescription : une évaluation critique des indicateurs utilisés.

Paris : IMS Health : 2008/09 : 23p..

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1430.pdf>

La consommation de médicaments reste plus élevée en France que dans les autres pays européens malgré la convergence importante opérée ces dernières années. Diverses instances publiques comme le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ou la MECSS ont trouvé une explication à ce constat : les médecins français auraient tendance à prescrire plus de médicaments que leurs homologues européens. Cette forte propension à prescrire serait même constitutive d'un modèle français de prescription, selon l'expression du HCAAM. Preuves à l'appui : le ratio rapportant le nombre de consultations se finissant par une prescription médicamenteuse au nombre total de consul-

tations, et le nombre de lignes de prescription par ordonnance seraient plus élevés en France que dans les autres pays européens. Ces deux indicateurs sont très en vogue. Ils sont repris par plusieurs études influentes sur la prescription, et sont par ailleurs utilisés pour orienter l'action politique visant à contenir la consommation médicamenteuse. Mais ces indicateurs sont-ils vraiment appropriés pour rendre compte de la propension à prescrire des médecins ?

D Prix

43218

RAPPORT, INTERNET
United States General Accounting Office.
(G.A.O.). Washington WA. USA

Brand-Name Prescription Drug Pricing : Lack of Therapeutically Equivalent Drugs and Limited Competition May Contribute to Extraordinary Price Increases.

Le prix des médicaments de marque : l'absence d'équivalents thérapeutiques et une concurrence limitée peuvent contribuer à la forte hausse des prix.

Washington : GAO : 2009/12 : 33p., fig., tabl., annexes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/new.items/d10201.pdf>

The growing cost of brand-name prescription drugs--FDA-approved drug products that typically have patent protection--is a concern for patients, payers, and providers of health care--particularly when price increases are large and occur suddenly. A 2008 congressional hearing by the Joint Economic Committee drew attention to some small market prescription drugs that had an extraordinary price increase--a price increase of 100 percent or more at a single point in time. GAO was asked to examine extraordinary price increases for brand-name prescription drugs. Specifically, GAO examined the: (1) frequency of extraordinary price increases for brand-name prescription drugs from 2000 to 2008, (2) characteristics of the brand-name prescription drugs that had extraordinary price increases, and (3) factors that contributed to the extraordinary price increases experienced by these brand-name prescription drugs. To determine the frequency and characteristics of the brand-name prescription drugs that experienced an extraordinary price increase, GAO reviewed drug pricing and other data from a pharmaceutical industry compendium. To illustrate the

factors that may contribute to extraordinary price increases, GAO developed case studies of six brand-name prescription drugs identified from the analysis of drug pricing data. These brand-name prescription drugs were selected based on factors including price, and the percentage and number of price increases.

TECHNOLOGIES - INFORMATIQUE MÉDICALE

D Dossier médical personnel

42307

RAPPORT

LASBORDES (P.)

Assemblée Nationale. Paris. Fra, Sénat. Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

Rapport sur le Dossier Médical Personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009).

Paris : Assemblée nationale ; Paris : Sénat : 2009/07 : 110p.

Cote Irdes : B6771

<http://www.senat.fr/rap/r08-567/r08-5671.pdf>

L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) a organisé le 30 avril 2009 une audition publique sur le Dossier médical personnel (DMP) dont la création est prévue depuis l'adoption d'une loi en 2004 et dont les enjeux sont jugés essentiels, tant pour la qualité des soins que pour la protection des données personnelles de santé. Cette audition publique avait pour objet, d'une part, de faire le point sur l'expérimentation telle qu'elle a été menée jusqu'à présent, en examinant les avancées réalisées ainsi que les difficultés rencontrées, et d'autre part, d'étudier les perspectives d'avenir du projet, à la lumière notamment du plan de relance annoncé par le ministère de la santé et des sports et en prenant en compte les solutions technologiques offertes dans ce domaine. En réunissant, sur une journée, les principaux acteurs du projet, les auteurs de rapports visant à en évaluer l'état de réalisation, la CNIL, des représentants du ministère, des professionnels de santé et des usagers, ainsi que des entreprises du secteur, l'audition se proposait de confronter les analyses portant sur les conditions dans lesquelles le projet a été conduit, ainsi que les recomman-

dations formulées à la suite de ce retour d'expérience.

43503

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. (ASIP SANTE). Paris. FRA

Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé - Orientations stratégiques et principes de mise en oeuvre.

Paris : Asip Santé : 2009/04 : 112p.

Cote Irdes : B6825

http://www.asipsante.fr/docs/Programme_de_relance_DMP_et_SIS_Avril_2009.pdf

Le présent document présente les orientations stratégiques relatives au développement des systèmes d'information partagés de santé et les principes de mise en oeuvre du DMP. Il contient nécessairement des développements consacrés aux modalités de conduite de projet, dont le caractère parfois technique ne doit pas conduire à penser que les finalités médicales et d'usage du projet seraient négligées au profit de sa dimension technologique. Le service aux utilisateurs, qu'ils soient professionnels de santé ou patients, demeure la préoccupation première et constante de ce programme de relance et sous-tend chacune de ses composantes. De par la diversité et la complexité des sujets abordés, ce programme de relance ne saurait prétendre apporter sur chacun d'eux une réponse définitive. Sur la base des axes stratégiques qui fondent ce programme, un travail de concertation sera conduit avec l'ensemble des acteurs afin d'en préciser les modalités de réalisation et d'en engager la mise en oeuvre sur une base consensuelle (Résumé d'auteur).

► Imagerie médicale

41624

RAPPORT

RICHOU (F.), WOYNAR (S.), LESPEGAGNE (D.)

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. (M.E.A.H.). Paris. FRA

Appui à l'organisation des services d'imagerie : Dispositif de déploiement, rapport final et retours d'expériences.

Paris : MeaH : 2009/05 : 109p.

Cote Irdes : B6714

http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Imagerie/DOCUMENTATION/080929Rapport_d_tape.pdf

Ce rapport final porte sur les actions de déploiement engagées par la MeaH sur le thème de « l'organisation des services d'imagerie » engagées en novembre 2007 et finalisées en décembre 2008. Après un bref rappel du dispositif et de son évaluation, vous trouverez les faits saillants des diagnostics effectués par les 20 équipes engagées et leurs principaux axes de travail portant sur l'amélioration de la prise en charge du patient, le pilotage et le management de leur service d'imagerie. Le renforcement du pilotage et du management du service d'imagerie a permis aux radiologues et leurs cadres avec leur équipe de manipulateurs et de secrétaires, de réduire les délais de rendez-vous (jusqu'à -90 % au scanner, -30 % en IRM), et réduire les délais de remise de comptes rendus. Pour y parvenir, les professionnels ont mis en œuvre des actions à « portée de main » pour améliorer l'utilisation de leurs ressources (humaines et équipements) : réorganisation des plannings, programmation des examens, réorganisation du secrétariat, clarification du processus de demande d'examens, mais aussi application du principe « de justification » en radioprotection. Ces actions ont toutes contribué à renforcer les liens avec les services demandeurs garantissant une meilleure qualité de prise en charge du patient. Chacune de ces actions est décrite avec un rappel de son contexte, la démarche mise en œuvre, les résultats obtenus, les facteurs de succès et les écueils à éviter. Par ailleurs, une synthèse sous forme d'une fiche par établissement, rappelle les actions menées par les équipes et les résultats obtenus. Enfin, une dernière partie, la « boîte à outils », rassemble les documents et outils produits par les équipes lors de ce chantier : fiches de postes, tableaux de bord, bons de demande d'examen, charte d'organisation, grille de programmation, plan-

nings médicaux et paramédicaux, protocole de prise en charge de l'urgence, document de sensibilisation au juste prescrire.

► Radiothérapie

41625

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Comité National de Suivi de la Radiothérapie. (C.N.S.R.). Paris. FRA

Rapport d'étape du Comité national de suivi de la radiothérapie.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009/05 : 63p.

Cote Irdes : B6715

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_CNS_radiotherapie_Mai_2009.pdf

La ministre de la Santé et des Sports a installé, le 15 décembre 2008, le Comité national de suivi de la radiothérapie et précisé ses attentes sur quatre domaines prioritaires. Le comité de suivi a travaillé en 4 groupes thématiques entre janvier et mars 2009 : les métiers de la radiothérapie, groupe piloté par la Société française de radiothérapie oncologique et la Société française de physique médicale ; la radiovigilance et la qualité, groupe piloté par la Direction générale de la santé ; la coopération entre les centres, groupe piloté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; la cellule de suivi, groupe piloté par l'Institut national du cancer. Le comité s'est à nouveau réuni en séance plénière le 19 mars dernier au cours de laquelle chacun des groupes a exposé l'avancement des travaux. Ce premier rapport du comité national de suivi présente les constats et les propositions issus des travaux menés jusqu'en mars, en les situant par rapport aux réalisations et aux avancées déjà effectuées dans le cadre de la feuille de route. Ce document propose également un ensemble de mesures, qui restent à prendre, pour gérer au mieux la période cruciale de 2009 à 2011 mais aussi pour accompagner, dans le cadre de la mise en œuvre du futur plan Cancer, à la fois la stabilisation de la radiothérapie et son évolution.

► Télémedecine

42608

RAPPORT, INTERNET
DAL GRANDE (E.)
Canadian Society of Telehealth. Kingston ON.
CAN

Telehealth Literature Review.

Revue de littérature sur la télésanté.

Kingston : Canadian Society of Telehealth :
2009 : 96p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.cst-sct.org/en/index.php?module=library&VV_DocumentManager_op=downloadFile&VV_File_id=538

Cette revue de la littérature a été préparée pour les membres de la Société canadienne de télésanté. Elle présente un portrait des développements qui sont survenus dans le domaine de la télésanté au cours des deux dernières années. Le rapport classe ces développements selon différentes thématiques.

42661

RAPPORT
LASBORDES (P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de
la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris.
FRA

La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2009/10 :
247p.

Cote Irdes : B6790

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000539/>

Après avoir présenté les enjeux et les bénéfices attendus de la télésanté, et mené une analyse critique de plus de six cent références mondiales, la mission s'est attachée à présenter : 15 recommandations concrètes pour un déploiement immédiat de la télésanté ; une structure de gouvernance forte ; une feuille de route 2010-2014.

43313

RAPPORT
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de
la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Agence
des Systèmes d'Information Partagés de
Santé. (ASIP SANTE). Paris. FRA

Déploiement des systèmes de téléradiologie. Panorama des initiatives en région et recommandations.

Paris : Asip Santé : 2009/11 : 33p.

Cote Irdes : B6814

http://www.asipsante.fr/docs/Teleradiologie_panorama_init_Region_Nov2009.pdf

La publication de ce rapport formalise le travail d'état des lieux mené par l'ASIP Santé auprès de plus de 80 acteurs sur le terrain, en concertation avec la Mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). A partir de cet état des lieux, des initiatives existantes en matière de téléradiologie, des recommandations ont été proposées, qui viendront nourrir la construction d'un cadre national d'exigences fonctionnelles et techniques.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

41840

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FARBMACHER (H.)
University of Munich. Department of
Economics. Munich. DEU

Copayments for doctor visits in Germany and the probability of visiting a physician - Evidence from a natural experiment .

Le copaiement des visites médicales en Allemagne et la probabilité de consulter un médecin - résultat d'une expérimentation.

Discussion Paper 2009-10

Munich : university of Munich : 2009 : 16p.,
fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epub.ub.uni-muenchen.de/10951/2/Farbmacher2009_DP.pdf

The German health care reform of 2004 imposes a charge of 10 Euro for the first visit to a doctor in each quarter of the year. At first glance, there is no inhibiting effect of this fee on utilization in the German Socio-Economic Panel. However, this study reveals that the true effect is diluted by a special characteristic of the fee. Exploiting random variation in the interview date, this study finds a

substantial effect of the new fee on the probability of visiting a physician. In addition, the identification strategy makes it possible to disentangle this effect from the influence of the contemporaneous increase of copayments for prescription drugs.

41858

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HULLEGIE (P.), KLEIN (T.J.)
University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany

L'effet de l'assurance maladie privée sur le recours aux soins médicaux et sur l'état de santé autoévalué en Allemagne.

HEDG Working Paper; 09/17

York: HEDG: 2009/07: 27p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes: En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_17.pdf

In Germany, employees are generally obliged to participate in the public health insurance system, where coverage is universal, co-payments and deductibles are moderate, and premia are based on income. However, they may buy private insurance instead if their income exceeds the compulsory insurance threshold. Here, premia are based on age and health, individuals may choose to what extent they are covered, and deductibles and co-payments are common. In this paper we estimate the effect of private insurance coverage on the number of doctor visits and self-assessed health. Variation in income around the compulsory insurance threshold provides a natural experiment that we exploit to control for selection into private insurance. We document that income is measured with error and suggest an approach to take this into account. We find negative effects of private insurance coverage on the number of doctor visits and positive effects on health.

43222

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ZIEBARTH (N.R.), KARLSSON (M.)
German Institute for Economic Research. (D.I.W.). Berlin. DEU

The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Insurance System.

Les effets d'une plus grande générosité du système obligatoire de l'assurance maladie.

SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research; 245

Berlin: DIW: 2009/11: 32p., tabl., fig.

Cote Irdes: En ligne

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.344887.de/diw_sp0245.pdf

In 1999, in Germany, the statutory sick pay level was increased from 80 to 100 percent of foregone earnings for sickness episodes of up to six weeks. We show that this reform has led to an increase in average absence days of about 10 percent or one additional day per employee, per year. The estimates are based on SOEP survey data and parametric, nonparametric, and combined matching-regression difference-in-differences methods. Extended calculations suggest that the reform might have increased labor costs by about €1.8 billion per year and might have led to the loss of around 50,000 jobs.

► Australie

42306

RAPPORT
Australian Institute of Health and Welfare. (A.I.H.W.). Canberra. AUS

Australia's health 2008 : the eleventh biennial report of the Australian Institute of Health and Welfare

La santé en Australie pour l'année 2008 : le onzième rapport bi-annuel.

AIHW; cat. n° AUS99

Canberra: Australian Institute of Health and Welfare: 2008: 610p., tabl., graph., index

Cote Irdes: En ligne

<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah08/ah08.pdf>

Australia's health 2008 is the 11th biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. It's the nation's premier source of statistics and informed commentary on: - patterns and determinants of health and illness - health across the life stages - the

supply and use of health services - expenditure and workforce - and health sector performance.

Canada

42078

RAPPORT
SALOIS (R.)
Commissaire à la Santé et au Bien-Être.
(C.S.B.E.). Québec. CAN

Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009.

Québec : C.S.B.E. : 2009 : 58+140+84+80p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6757

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAppreciation/csbe-EtatSituation-t1-042009.pdf>

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAppreciation/csbe-AnalyseIndicateursMonitoring-t2-042009.pdf>

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAppreciation/csbe-DemarcheConsultation-t3-042009.pdf>

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAppreciation/csbe-Recommandations-t4-042009.pdf>

Le Commissaire à la santé et au bien-être publie son premier rapport annuel d'appréciation sur la performance du système de santé et des services sociaux québécois à travers quatre documents. Le premier volume brosse un portrait de la performance du système, particulièrement celle de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figurent aussi. Le second volume, intitulé " L'appréciation globale et intégrée de la performance: analyse des indicateurs de monitoring " présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Le troisième volume, intitulé Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins, présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité.

42354

RAPPORT, INTERNET
Canadian Healthcare Association. (C.H.A.).
Ottawa. CAN, Association Canadienne des Soins de Santé. Ottawa. CAN

New Directions for Facility-Based Long Term Care.

Nouvelles directions pour les soins de longue durée en établissement.

Ottawa : Canadian Healthcare Association : 2009 : 168p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cha.ca/documents/CHA_LTC_9-22-09_eng.pdf

The Canadian Healthcare Association's brief New Directions for Facility-Based Long Term Care is now available. It highlights the need to achieve the appropriate balance of health services through a variety of means, including: matching the health service setting to the health condition; enhancing ongoing health services to the chronically ill, disabled and mentally ill; offering health services in the setting that is most cost-efficient and care-effective for each individual situation; and averting the premature admission to facility-based long term care of individuals who could move to supportive/assisted living arrangements (or remain in their own home) with the support of quality-driven home and community services. This should be achieved while recognizing that facility-based long term care is a desirable option for many people and not a dreaded institution of last resort.

42603

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

Health care in Canada 2009 : A Decade in Review.

Les soins de santé au Canada en 2009 : revue de la dernière décennie.

Ottawa : I.C.I.S. : 2009 : 120p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2009_Web_f.pdf

Ce rapport est le dixième d'une série de rapports annuels sur le système de santé au Canada. Les publications précédentes de ce rapport regroupaient des statistiques provenant de diverses sources dans le but de fournir

une vue d'ensemble du système de santé canadien. Cette édition anniversaire brosse le portrait des soins de santé au cours de la dernière décennie en mettant l'accent sur les principaux changements. Le rapport traite de sujets comme les dépenses, les politiques, l'accessibilité et la qualité, lesquels sont évalués par rapport à la situation du système de santé d'il y a dix ans. Il examine aussi les changements qui sont survenus depuis et les enjeux qui se dessinent à l'horizon.

42912

RAPPORT, INTERNET
SKINNER (B.J.), ROVERE (M.)
Fraser Institute. Vancouver. CAN

Paying more, getting less: measuring the sustainability of Government Health Spending in Canada. 2009 Report.

Payer plus, obtenir moins: comment mesurer la "soutenabilité" de l'assurance maladie publique au Canada. Rapport 2009.

Studies in Health care policies

Vancouver: The Fraser Institute: 2009 : 37p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.fraserinstitute.org/Commerce.Web/product_files/PayingMoreGettingLess2009.pdf

This report studies the financial sustainability of health spending by provincial Governments. It uses an empirical trend analysis to estimate long-term future sustainability. The trend is derived from the average annual growth rates for total provincial government health expenditures (GHEX) and total available provincial government revenue from all sources (TAREV) over the most recent 10-year period. Government spending on health care is considered to be financially unsustainable when it grows faster (on average) than revenue over the trend period. The trend rates are used to create projections that illustrate the consequences of allowing unsustainable growth in government health spending to continue in the future. This report also examines the long-term feasibility of the attempts of provincial governments to deal with the unsustainable growth in health spending through increased taxation and centrally planned rationing. The analysis partially exposes the degree to which Canadians are paying more for government health insurance while getting less in return (résumé des auteurs).

43354

RAPPORT, INTERNET
KATZ (D.A.), GLAZIER (R.H.),
VIJAYARAGHAVAN (J.)
Canadian Health Services Research
Foundation. (C.H.S.R.F.). Ottawa ON. CAN,
Fondation Canadienne de la Recherche sur
les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa
ON. CAN

The Health and Economic Consequences of Achieving a High-quality Primary Healthcare System in Canada – "Applying What Works in Canada: Closing the Gap".

Utiliser ce qui fonctionne au Canada : rétrécir l'écart. Rapport sur les conséquences d'ordre économique et sur la santé de l'offre de services de première ligne de qualité au Canada.

Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.: 2010/01 : 51p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.chsrf.ca/reports/11498_PHC_Katz_ENG_FINAL.pdf

Currently, there is a large gap between the ideal primary healthcare system – one that relies on evidence-based practice – and the reality of Canada's system. This report analyzes the effects, both health-related and economic, of moving the reality toward the ideal.

► Chine

43496

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HERD (R.), HU (Y.W.), KOEN (V.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Improving China's health care system.

Améliorer le système de santé chinois.

Economics Department working papers; 751

Paris: OCDE: 2010/02: 30p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00000B02/\\$FILE/JT03277817.PDF](http://www.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00000B02/$FILE/JT03277817.PDF)

Dans l'ensemble, les résultats de la Chine en matière de santé se sont considérablement améliorés au cours des trente dernières années, surtout par suite du recul de certaines maladies infectieuses classiques. Toutefois, les taux de mortalité par maladies chroniques sont en progression, en particulier à cause de l'évolution des modes de vie et de la détérioration de l'environnement. L'offre de soins

de santé est essentiellement publique et les hôpitaux absorbent une part grandissante des ressources. Le nombre de médecins a vite augmenté, mais leur niveau de formation est souvent peu élevé. La demande de soins s'est rapidement accrue, parallèlement aux revenus, et leur prix relatif s'est envolé jusqu'au début des années 2000. Les budgets des hôpitaux et la rémunération de leurs médecins dépendent en partie des produits pharmaceutiques qu'ils prescrivent et vendent, dont les prix sont réglementés et donnent lieu à un important financement croisé. Face à ces problèmes, les pouvoirs publics ont lancé des réformes. De nouveaux dispositifs d'assurance ont été mis en place dans les zones rurales et urbaines. Par conséquent, la population couverte et l'utilisation des équipements médicaux se sont beaucoup accrues, sauf dans le cas des migrants. Toutefois, dans les faits, les maladies catastrophiques, mais aussi les affections chroniques, continuent de faire tomber dans la pauvreté ceux qu'elles touchent, surtout dans les régions déshéritées, la mutualisation des risques à l'échelle nationale demeurant limitée. En 2009 a été annoncée la mise en oeuvre d'une nouvelle série de réformes dont le but est d'assurer un accès universel à des soins de santé de base à la fois sûrs, d'un coût abordable et efficaces d'ici à 2020. Ces mesures prévoient des investissements dans les infrastructures médicales, la généralisation de la couverture maladie, une intensification des efforts de prévention, l'instauration d'un nouveau dispositif pour les médicaments essentiels et des restructurations d'envergure, dont une réforme des hôpitaux. Il importera de faire en sorte que le rôle des soins primaires soit renforcé et que les hôpitaux soient gérés de façon plus rationnelle dans le cadre d'un système moins hiérarchisé. Il faudra en outre modifier les prix relatifs des traitements et augmenter la rémunération des médecins, ainsi que le prix du tabac.

États-Unis

41789

RAPPORT

Medicare Payment Advisory Commission.
(M.E.D.P.A.C.). Washington DC. USA

Improving incentives in the Medicare Program : report to the Congress.

Améliorer les incitations dans le programme du Medicare : rapport au Congrès.

Washington : MEDPAC : 2009/06 : 277p., tabl.

Cote Irdes : B8726

http://www.medpac.gov/documents/Jun09_EntireReport.pdf

Recent studies show that the U.S. health care system is not buying enough recommended care and is buying too much unnecessary care, much of it at very high prices, resulting in a system that costs significantly more per capita than in any other country. These facts strongly indicate that our health care system is not delivering value for its stakeholders. As a major payer, the Medicare program shares in these problems. For decades, researchers have documented the wide variation across the United States in Medicare spending and rates of service use. For example, they find that rates of use for certain kinds of care, referred to as supply-sensitive services (i.e., likely driven by a geographic area's supply of specialists and technology), differ greatly from one region to another. The higher rates of use are often not associated with better outcomes or quality and instead suggest inefficiencies. One recent analysis shows that, at the state level, no relationship exists between health care spending per capita and mortality amenable to medical care, that an inverse relationship exists between spending and rankings on quality of care, and that spending is highly correlated with both preventable hospitalizations and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions. These findings point to inefficient spending patterns that result in poor value for our health care dollars. At the same time, they point to opportunities for improvement. In this report, the Commission discusses a number of issues and challenges for Medicare payment and delivery system reform. The issues range broadly but focus on how incentives in the current Medicare payment systems could be changed to reward value not volume.

42193

DOCUMENT DE TRAVAIL

MICHAUD (P.C.), GOLDMAN (D.),
LAKDAWALLA (D.), ZHENG (Y.), GAYLEY
(A.)

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

Understanding the Economic Consequences of Shifting Trends in Population Health

Comprendre les conséquences économiques des évolutions de l'état de santé de la population.

NBER Working Paper Series ; n° 15231

Cambridge : NBER : 2009/08 : 41p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w15231>

The public economic burden of shifting trends in population health remains uncertain. Sustained increases in obesity, diabetes, and other diseases could reduce life expectancy - with a concomitant decrease in the public-sector's annuity burden - but these savings may be offset by worsening functional status, which increases health care spending, reduces labor supply, and increases public assistance. Using a microsimulation approach, we quantify the competing public-finance consequences of shifting trends in population health for medical care costs, labor supply, earnings, wealth, tax revenues, and government expenditures (including Social Security and income assistance). Together, the reduction in smoking and the rise in obesity have increased net public-sector liabilities by \$430bn, or approximately 4 % of the current debt burden. Larger effects are observed for specific public programs: annual spending is 10 % higher in the Medicaid program, and 7 % higher for Medicare.

42219

RAPPORT, INTERNET
BERENSON (R.A.), HOWELL (J.)
Urban Institute. Washington DC. USA

Structuring, Financing and Paying for Effective Chronic Care Coordination

Structuration, financement et paiement des coûts d'une prise en charge efficace des maladies chroniques.

Washington: Urban Institute: 2009/03: 32p., fig.

Cote Irdes: En ligne

http://www.urban.org/uploadedpdf/1001316_chronic_care.pdf

Growing evidence demonstrates that certain approaches to financing and paying for chronic care coordination for patients are effective not only for improving patient well-being but can also reduce health care spending. However, chronic care approaches should vary for different patient populations and can be carried out effectively by diverse organizations and professionals reflecting the heterogeneity of health care delivery throughout the US. The Report considers the different populations in need of care coordination, summarizes current evidence of effectiveness, describes the various entities that can serve as focal points for coordinating care, and details the possible financing and payment options that can support these approaches.

42264

RAPPORT, INTERNET
DENAVAS-WALT (C.), PROCTOR (B.D.),
SMITH (J.C.)
US Census Bureau. Washington DC. USA

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008.

Revenu, pauvreté et couverture maladie aux Etats-Unis: 2008.

Current Population Reports; P60-236
Washington: U.S. Government Printing
Office: 2009: 67p., tabl., ann.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>

This report presents data on income, poverty, and health insurance coverage in the United States based on information collected in the 2009 and earlier Annual Social and Economic Supplements (ASEC) to the Current Population Survey (CPS) conducted by the U.S. Census Bureau. Data presented in this report indicate the following: Real median household income fell between 2007 and 2008, and the decline was widespread. Median income fell for family and nonfamily households, native- and foreign-born households, households in 3 of the 4 regions, and households of each race category and those of Hispanic origin. These declines in income coincide with the recession that started in December 2007. The poverty rate increased between 2007 and 2008. The percentage of uninsured in 2008 was not statistically different from 2007, while the number of uninsured increased between 2007 and 2008.

42277

OUVRAGE
HELMCHEN (L.) / éd., KAESTNER (R.) / éd.,
LO SASSO (A.) / éd.

Beyond Health Insurance: public health policy to improve health.

Au-delà de l'assurance maladie: la politique de santé publique pour l'amélioration de la santé.

Bingley: JAI Press: 2009: XII - 206p., tabl.

Cote Irdes: A3919

In light of the imbalance in the health policy debate in the United States, in November 2007, the Institute of Government and Public Affairs and the College of Medicine of the University of Illinois sponsored a conference. The conference focused on four areas: reducing racial and ethnic health disparities,

preventing disease and promoting health, developing and regulating pharmaceuticals, and improving consumer information.

42326

RAPPORT, INTERNET
MCCARTHY (M.), HOW (S.K.H.), SCHOEN (C.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

Aiming Higher: Results from a State Scorecard on Health System Performance, 2009

Viser plus haut: Résultats du tableau de bord national américain sur la performance du système de santé, 2009.

New York: The Commonwealth Fund:
2009/10: 106p., tabl., annexes

Cote Irdes: En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund % 20Report/2009/Oct/1326_McCarthy_aiming_higher_state_scorecard_2009_full_report_FINAL_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Oct/1326_McCarthy_aiming_higher_state_scorecard_2009_full_report_FINAL_v2.pdf)

Focused on identifying opportunities to improve, The Commonwealth Fund's State Scorecard on Health System Performance assesses states' performance on health care relative to achievable benchmarks for 38 indicators of access, quality, costs, and health outcomes. The 2009 State Scorecard paints a picture of health care systems under stress, with deteriorating health insurance coverage for adults and rising health care costs. On a positive note, there were gains in children's coverage as a result of national reforms, and improvement in some measures of hospital and nursing home care following federal efforts to publicly report quality data. The scorecard highlights persistent wide variation in performance across states and continued evidence of poor care coordination. Increasing cost pressures and deterioration in access across the U.S., together with geographic disparities in performance, underscore the urgent need for comprehensive national reforms to ensure access, change the trajectory of costs, and enhance value.

42557

FASCICULE, RAPPORT
PEARSON (M.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Health

expenditure in the United States is far higher than in other developed countries.

Disparités des dépenses de santé entre les pays de l'OCDE: pourquoi les Etats-Unis ont-ils des dépenses plus importantes que les autres pays industrialisés?

Written Statement to Senate Special
Committee on Aging

Paris: OCDE: 2009/09: 16p., tabl., annexes
Cote Irdes: en ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>

The United States spent 16 % of its national income (GDP) on health in 2007, which is by far, the highest share in the OECD and more than seven percentage points higher than the average of 8.9 % in OECD countries. This presentation was given by Mark Pearson, Head of OECD Health Division, to the U.S Senate Special Committee on Aging.

42617

RAPPORT, INTERNET
COLLINS (S.R.), DAVIS (K.), NUZUM (R.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

The comprehensive congressional health reform bills of 2009: a look at health insurance, delivery system and financing provisions.

Les projets de loi 2009 du Congrès réformant le système de santé: regard sur l'assurance maladie, le système de dispense des soins et le financement.

New York: The Commonwealth Fund:
2009/10: 35p., tabl., fig.

Cote Irdes: En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund % 20Report/2009/Oct/Congressional % 20Bills/Revised/1333_Collins_comprehensive_congressional_hlt_reform_bills_2009_complete_REVISED_FINAL.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Oct/Congressional%20Bills/Revised/1333_Collins_comprehensive_congressional_hlt_reform_bills_2009_complete_REVISED_FINAL.pdf)

This report provides an overview of key provisions of the two separate comprehensive health reform bills passed by the five committees of jurisdiction in the U.S. Congress: the Finance Committee and the Health, Education, Labor, and Pensions (HELP) Committee of the Senate, and the Ways and Means, Education and Labor, and Energy and Commerce committees of the House of Representatives. While the general frameworks of the bills are very similar—all bills include provisions intended to improve and expand coverage and all would create a comprehensive and coherent strategy for improving health care quality—they differ in a few key respects. Most

important, the Senate Finance Committee bill does not include a public plan option or a requirement that employers offer coverage, nor does it reform for more than one year Medicare's formula for setting physician fees; the House bill includes all of these features.

42851

OUVRAGE

LEWIN (S.L.) / préf.

Institute of Medicine of the National Academies. Washington DC. USA

America's uninsured crisis: consequences for health and health care.

Crise chez les non-assurés aux Etats-Unis: conséquences pour la santé et les soins de santé.

Washington: The National Academies Press: 2009 : 214p., tabl.

Cote Irdes: A3967

http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=12511

When policy makers and researchers consider potential solutions to the crisis of uninsurance in the United States, the question of whether health insurance matters to health is often an issue. This question is far more than an academic concern. It is crucial that U.S. health care policy be informed with current and valid evidence on the consequences of uninsurance for health care and health outcomes, especially for the 45.7 million individuals without health insurance. From 2001 to 2004, the Institute of Medicine (IOM) issued six reports, which concluded that being uninsured was hazardous to people's health and recommended that the nation move quickly to implement a strategy to achieve health insurance coverage for all. The goal of this book is to inform the health reform policy debate--in 2009--with an up-to-date assessment of the research evidence. This report addresses three key questions: What are the dynamics driving downward trends in health insurance coverage? Is being uninsured harmful to the health of children and adults? Are insured people affected by high rates of uninsurance in their communities?

► Europe

42135

RAPPORT, INTERNET

Eurostat. Luxembourg. LUX

The Social Situation in the European Union 2008.

La situation sociale dans les pays de l'Union Européenne 2008.

Luxembourg: Office des Publications Officielles de l'Union Européenne: 2009 : 186p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes: En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-AG-09-001/EN/KE-AG-09-001-EN.PDF

This Social Situation Report 2008 — published annually since 2000 — presents key indicators in 17 statistical portraits that address a range of social policy concerns for the European Union: population; education and training; labour market; social protection; income, social inclusion and living conditions; gender equality and health and safety. Sixteen of the chosen twenty-five key indicators presented in the portraits are among the Structural Indicators which are used in order to monitor the progress towards the agreed targets based on the Lisbon Strategy for growth and jobs.

43303

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK

The European health report 2009 : health and health systems.

Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé.

Copenhague: OMS Bureau Régional de l'Europe: 2009 : 178p., tabl., ann.

Cote Irdes: B6819

<http://www.euro.who.int/Document/E93103.pdf>

Quelles ont été les tendances observées dans les indicateurs de la santé publique au cours de ces quatre dernières années? Quels facteurs influencent la santé et quels sont les défis pour l'avenir? Comment les systèmes de santé peuvent-ils contribuer à l'amélioration de la santé des populations de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) En répondant à ces questions, ce rapport présente les réformes de grande ampleur entreprises par les pays

afin de renforcer la performance de quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé : la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (stewardship).

43355

RAPPORT, INTERNET
RUSSEL (G.), JOHNSTON (S.), THILLE (P.),
GENEAU (R.), CONKLIN (J.), HOGG (W.),
YKEZAWA (Y.)
Canadian Health Services Research
Foundation. (C.H.S.R.F.). Ottawa ON. CAN,
Fondation Canadienne de la Recherche sur
les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa
ON. CAN

***A Structure for Co-ordinating Canadian
Primary Healthcare Research.***

*Une structure de coordination de la recherche sur
les services de première ligne au Canada.*

Ottawa : Canadian Health Services Research
Foundation. : 2010/01 : 41p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.chsrf.ca/reports/11498_PHC_russell_ENG_FINAL.pdf

If Canada wants a high-quality primary healthcare system that integrates emerging evidence into practice and policy, then it needs a co-ordinating body to support all those working to improve primary healthcare through evidence. The authors investigate international and domestic models, examine various frameworks and processes, compare the pros and cons, and explore the feasibility of implementing a network model in the Canadian context.

► Grèce

42248

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

***Improving the performance of the public health
care system in Greece***

*Améliorer la performance du système public de
santé en Grèce.*

Economics Department working papers ; 722
Paris : OCDE : 2009/07 : 36p., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00004F2A/FILE/JT03269899.PDF>

Les résultats de la Grèce dans le domaine de la santé se comparent favorablement avec la moyenne de l'OCDE. Cependant, le fonctionnement du système de soins n'est pas satisfaisant selon la population. Une source d'insatisfaction concerne la proportion élevée des dépenses privées de santé des ménages, y compris des paiements informels, alors que les dépenses médicales publiques en proportion du PIB sont parmi les plus faibles de l'OCDE. Cette situation conduit à des problèmes d'équité d'accès à certains services médicaux. On observe aussi une baisse d'efficacité du système à laquelle il importe de remédier au plus tôt compte tenu de la hausse de la demande de soins, qui devrait s'intensifier au cours des prochaines décennies et du besoin de contrôle sur la croissance des dépenses publiques de santé. Ceci milite en faveur de réforme dans quatre domaines : (i) réviser la structure très fragmentée du système de soins et sa gouvernance ; (ii) améliorer la qualité des services publics de soins primaires ; (iii) moderniser l'administration hospitalière ; et (iv) renforcer davantage le contrôle sur les dépenses pharmaceutiques.

► Irlande

41356

DOCUMENT DE TRAVAIL
NOLAN (A.)
Economic and Social Research Institute
(E.S.R.I.). Dublin. IRL

***Eligibility for Free Primary Care and Avoidable
Hospitalisations in Ireland.***

*Eligibilité pour des soins de santé primaires
gratuits et hospitalisations évitables en Irlande.*

Dublin : ESRI : 200905 : 25p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.esri.ie/UserFiles/publications/20090514143023/WP296.pdf>

Using hospital discharge data covering the period 1999-2004, the purpose of this paper is to examine the determinants of avoidable hospitalisations in Ireland, with a particular focus on the role of eligibility for free primary health care. Avoidable hospitalisations are those that are potentially avoidable with timely and effective access to primary care services and/or that can be treated more appropriately in a primary care setting, and are often used as an indicator of access to primary care. The issue is particularly relevant for Ireland, where access to free primary care is restricted to those on low incomes (with approximately

30 per cent of the population currently eligible). The results indicate that eligibility for free GP services, as well as GP availability, is significant in explaining the probability of being in hospital with an avoidable condition.

43428

OUVRAGE, INTERNET
MCDAID (D.) / éd., WILEY (M.) / éd.,
MARESSO (A.) / éd., MOSSIALOS (E.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Health systems in transition : Ireland : health system review.

Systèmes de santé en transition (HIT) : Irlande
Copenhague : Bureau Régional de l'Europe :
2009 : 267p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92928.pdf>

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational structure. 3. Financing. 4. Regulation and planning. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

► Israël

43433

OUVRAGE, INTERNET
ROSEN (B.)
SAMUEL (H.) / collab., MERKUR (S.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
INT, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Health systems in transition : Israel

Systèmes de santé en transition : Israël

Copenhague : OMS Bureau Régional de
l'Europe : 2009 : 224p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92608.pdf>

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational structure. 3. Health care financing and expenditure. 4. Regulation and planning. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Health care reforms. 8. Assessment of the health care system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

► Italie

41859

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FABBRI (D.), ROBONE (S.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

The geography of hospital admission in a National Health Service with patient choice : Evidence from Italy

La géographie des admissions à l'hôpital dans le service public de santé : données italiennes.

HEDG Working Paper ; 09/16

York : HEDG : 2009/07 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_16.pdf

Every year 35 % of the 10 million hospital admissions in Italy occurs outside the patients' Local Health Authority of residence. In this paper we look for explanation for this phenomenon and estimate gravity equations for "trade" in hospital care using a Poisson pseudo maximum likelihood method. Our results suggest that the gravity model is a good framework for explaining patient mobility in most of the examined diagnostic groups. We find that the ability to restrain the imports of hospital services increases with the size of the pool of enrollees. Moreover, the ability to export hospital services, as proxied by the ratio of export-to-internal demand, is U-shaped. Therefore our evidence suggests that there are scale effects played by the size of the pool of enrollees.

41908

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
CAVALIERI (M.)

Geographical patterns of unmet health care needs in Italy

Caractéristiques géographiques des besoins en soins non satisfaits en Italie.

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2009/06 : 26p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://mpr.ub.uni-muenchen.de/16097/1/MPRA_paper_16097.pdf

In recent years, health care reforms and restrained budgets have risen concerns about accessibility to health services, even in countries with universal coverage health systems. Previous studies have explored the issue by using objective event-oriented measures such as those related to utilization of health care. Analyzing access through subjective process-oriented indicators allows to better disentangle the process of seeking care, to investigate self-perceived barriers to health services and to account for differences in individual health care preferences. In this paper, data from the 2006 Italian component of the European Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) are used to explore reasons and predictors of self-reported unmet needs for specialist and/or dental care among adult Italians aged 18 and over. Results reveal different patterns across socio-economic groups and geographical macro-areas. Evidence of income-related inequalities and violations of the horizontal equity principle are also found both at a national and regional level. Policies to address unmet health care needs should adopt a multidimensional approach and be tailored so as to consider such

► Japon

42879

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

Health-care reform in Japan: controlling costs, improving quality and ensuring equity

La réforme des soins de santé au Japon : maîtriser les dépenses, améliorer la qualité et préserver l'équité

Economics Department working papers ; 739
Paris : OCDE : 2009/12 : 37p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT000088AE/\\$FILE/JT03275812.PDF](http://www.oilis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT000088AE/$FILE/JT03275812.PDF)

Le système de santé japonais assure l'accès universel aux soins, contribuant à l'excellent état de santé de la population du pays. Le niveau des dépenses publiques a été maintenu au-dessous de la moyenne de l'OCDE en demandant aux assurés une participation élevée aux coûts et en réduisant les tarifs médicaux. Toutefois, comme les dépenses subissent toujours des pressions à la hausse, en partie du fait du vieillissement rapide de la population, il faut procéder à des réformes pour limiter leur accroissement par le biais d'une meilleure efficacité, tout en améliorant la qualité. Il est indispensable de transférer les soins de longue durée en dehors des hôpitaux, de réformer le système de rémunération en abandonnant le paiement à l'acte, de développer l'utilisation des médicaments génériques, d'encourager un vieillissement en bonne santé et de promouvoir la restructuration du secteur hospitalier. La qualité doit être améliorée en développant l'offre de nouveaux médicaments et dispositifs médicaux efficaces. Pour financer les dépenses supplémentaires, il importe de limiter la part assumée par les salariés de manière à éviter des retombées négatives sur le marché du travail. Le Japon devra peut-être permettre encore plus la facturation groupée pour améliorer l'accès à certains traitements médicaux de pointe.

43429

OUVRAGE, INTERNET
TATARA (K.), OKAMOTO (E.)
ALLIN (S.) / éd., MATSUDA (R.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
INT

Health systems in transition: Japan

Systèmes de santé en transition : Japon

Copenhague : Bureau Régional de l'Europe :
2009 : 162p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92927.pdf>

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational

structure. 3. Financing. 4. Regulation and planning. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

► Norvège

42241

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
CARLSEN (B.), NYBORG (K.)
University of Oslo. Department of Economics.
Oslo. NOR

The Gate is Open : Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers .

La porte est ouverte : les médecins généralistes comme médecins référents de la Sécurité sociale.

Memorandum ; 7/2009

Oslo : University of Oslo : 2009 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oekonomi.uio.no/forskning/publikasjoner/memo/pdf-filer/2009/Memo-07-2009.pdf>

Primary care physicians have two roles: the healer and the gatekeeper. We show that, due to information asymmetries, they cannot be expected to fulfill the latter role. Better gatekeepers will be poorer healers; hence all patients, both truly sick and shirkers, will strictly prefer physicians who give priority to healing. The choice between work and sick leave thus lies, essentially, with the patient. Interviews with Norwegian primary care physicians confirm this: Our interviewees report that shorter sick leaves are granted at request, while longer sick leaves are normally granted if the patient still prefer so after discussions with the physician.

► Pays scandinaves

42197

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BLOMQVIST (P.), LARSSON (J.)
Institute for Futures studies. Stockholm. SWE

Towards common European health policies. What are the implications for the Nordic countries ?

Vers des politiques de santé européennes harmonisées. Quelles sont les implications pour les pays nordiques ?

Working paper ; 2009:13

Stockolm : Institute for futures studies : 2009 : 35p., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814\\$141018\\$fil\\$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814$141018$fil$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf)

Health care is an area that remains formally outside the competence of the EU. Despite this, the union's influence on national health care policies has increased substantially over the past decade. In a series of rulings, the European Court of Justice (ECJ) established a de facto system of patient rights, which, under certain conditions, entitle European citizens to receive health care in other member states at the expense of the social insurance system of their home country. This undermines the autonomy of the member states in the area of health, a key sector in national welfare systems. In 2008, the Commission proposed a new directive on patients' rights which builds directly on the ECJ rulings, thus consolidating politically the legal precedent set by the Court. The ECJ Court rulings have also spurred the initiation of a so-called OMC process in the area of health care, whereby the member states commit themselves to policy harmonization on a voluntary basis. In this paper, we review the contents of emerging EU policies in the area of health and discuss their implications for the Nordic health care systems. A central question is whether any coherent, common European policy may be discerned and, if so, how it will affect health care systems of the Nordic type, which are tax-based and universalistic in orientation ?

43362

OUVRAGE
MAGNUSSEN (J.) / éd., VRANGBAEK (K.) / éd., SALTMAN (R.B.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen.
DNK

Nordic health systems. Recent reforms and current policy challenges

Les systèmes de santé nordiques. Les réformes récentes et les défis politiques actuels.

European Observatory on Health Systems and Policies Series

Maidenhead : Open University Press : 2009 : 339p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : A4000

<http://www.euro.who.int/document/e93429.pdf>

This book examines recent patterns of health reform in Nordic health systems, and the balance between stability and change in how

these systems have developed. The following themes are explored : politicians, patients and professions ; financing, production and distribution ; the role of primary health sector ; the role of public health ; internal management mechanisms ; impact of the European region.

► République tchèque

43432
OUVRAGE, INTERNET
BRYNDOVA (L.), VAN GINNEKEN (E.)
GASKINS (M.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
INT, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Health systems in transition : Czech Republic

Systèmes de santé en transition : République tchèque

Copenhague : OMS Bureau Régional de l'Europe : 2009 : 119p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92968.pdf>

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational structure. 3. Financing. 4. Regulation and planning. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

► Royaume-Uni

40299
RAPPORT
Brunel University. Health Economics
Research Group. (H.E.R.G.). Uxbridge.
GBR., Office of Health Economics. (O.H.E.).
Londres. GBR, Rand Europe. Cambridge.
GBR

Medical Research : What's it worth ? Estimating the economic benefits from medical research in the UK.

Que vaut la recherche médicale ? Estimation des bénéfices économiques de la recherche médicale au Royaume-Uni.

Londres : UK Evaluation Forum : 2008 : 103p.

Cote Irdes : B6823

http://www.wellcome.ac.uk/stellent/groups/corporatesite/@sitestudioobjects/documents/web_document/wtx052110.pdf

► Slovénie

43434

OUVRAGE, INTERNET
ALBREHT (T.)
SCHAFER (M.) / éd., AVDEEVA (O.) / éd.,
VAN GINNEKEN (E.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
INT, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Health systems in transition : Slovenia

Systèmes de santé en transition : Slovénie

Copenhague : OMS Bureau Régional de l'Europe : 2009 : 168p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92607.pdf>

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational structure. 3. Financing. 4. Regulation and planning. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

► Suède

40554

INTERNET, OUVRAGE
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers. Sweden : will the reform make it ?

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Suède : les réformes récentes vont-elles réussir ?

Paris : OCDE : 2009 : 49p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/2/59/42265699.pdf>

How is it possible for average health status to improve while many workers continue to leave

the labour market permanently due to health problems, forced to rely on welfare to survive? At the same time, many working-age adults with reduced work capacity are denied the opportunity to work. This social and economic tragedy is common to virtually all OECD countries, including Sweden. It is a paradox that warrants explaining as well as innovative action. This single-country report in the OECD series *Sickness, Disability and Work* explores some of the reasons behind this phenomena in Sweden and the potential of its innovative recent and ongoing reforms, for example with regard to sickness absence and benefit policy, to lower inactivity and increase participation. The report includes a range of recommendations to address evident and foreseeable gaps, with consideration to broader impacts from the global financial crises on the Swedish economy. Since 2006 when Sweden had the highest level of dependence on sickness and disability benefits in the OECD (14 % of the working age population), significant reforms have taken place to address structural issues dating back to the mid-1990s when a shift from unemployment benefits occurred. The hitherto time-unlimited sickness benefit was capped to six months and those no longer eligible becoming expected to seek to continue work in an amended or different job, including in one with a different employer if necessary. This reform is particularly significant because it aims to address one of the key problems affecting many other countries: people holding on to the wrong jobs for too long. This report concludes that further change is needed to ensure that the reforms live up to their promise. Responsibilities and financial incentives for some of the key actors, particularly employers and the health care system, and co-operation among some institutional actors, all have to be strengthened.

► Suisse

41283

OUVRAGE

MEYER (K.) / dir.

Observatoire Suisse de la Santé. (O.S.S.).

Zürich. CHE

La santé en Suisse: rapport national sur la santé 2008.

Genève: Editions Médecine & Hygiène:

2009: 324p.

Cote Irdes: A3871

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.114446.pdf>

Ce rapport décrit pour la première fois la santé de la population sous l'angle de ces déterminants sociaux de la santé. La Suisse est ainsi l'un des premiers pays d'Europe, après la Suède et la Finlande, à appliquer ce nouveau concept. Fait aussi partie de cette approche la conviction que la politique de la santé doit faire plus qu'assurer la prise en charge des personnes malades. Elle doit aussi contribuer à façonner le cadre social de telle sorte qu'autant de personnes que possible aient accès aux ressources du système de santé, ce qui nécessite également de réduire les inégalités en matière de santé. Une telle approche implique toutefois que le présent rapport sur la santé ne saurait se contenter d'être un recueil de données reflétant l'état de santé de la société. Il doit au contraire montrer comment santé et maladie se répartissent au sein des différents groupes socio-économiques – chez les hommes et les femmes séparément et en tenant compte de toute la vie, depuis l'enfance jusqu'à un âge avancé. Le rapport s'y efforce en dégageant l'influence sur la santé des déterminants que sont le statut, la formation, les ressources sociales, mais aussi l'environnement familial et social. Il souligne ainsi des corrélations susceptibles de permettre à tous les acteurs du système de santé d'élaborer des approches pour des améliorations futures de ce système.

42140

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
RISCHATSCH (M.), TROTTMANN (M.)

University of Zurich. Socioeconomic Institute.
Zurich. CHE

Physician dispensing and the choice between generic and brand-name drugs – Do margins affect choice?

Délivrance de médicaments par les médecins et le choix entre génériques et médicaments de marque. La marge affecte-elle le choix?

Working Paper; n° 0911

Zurich: Socioeconomic Institute: 2009/07:
14p., tabl.

Cote Irdes: En ligne

<http://www.soi.uzh.ch/research/wp/2009/wp0911.pdf>

Many politicians blame physician dispensing (PD) to increase health care expenditure and to undermine independence of drug prescription and income leading to a suboptimal medication. Therefore, PD is not allowed in most OECD countries. In Switzerland, PD is allowed in some regions depending on the density of pharmacies. This enables

to investigate the difference in prescribing behavior between physician which gain income from prescribing a specific drug and their colleagues which prescribe the drug but do not sell it. Because the considered drugs are bioequivalent we focus on the economic consequence of PD. We analyze the prescribing behavior of Swiss physicians using cross-sectional data between 2005 and 2007 for three important agents. The results support our hypothesis that dispensing physicians have a higher probability of prescribing the drug with the (most likely) higher margin compared to non-dispensing physicians. Further, generic drugs are prescribed more often to patients with higher cost-sharing while patients' cost-sharing is less influential with PD. High-income patients face a much higher probability to receive the brand-name drug due to their lower marginal utility of income. Today's administered reimbursement prices for generics seem to be high enough to gain physicians for prescribing generics because of their high margins.

d'une organisation en trois types de structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique (consultation, unité, centre); - l'avis des responsables des structures spécialisées quant aux critères d'identification des structures par les Agences régionales de santé.

PRÉVISION - ÉVALUATION

► Douleur

43447

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

Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées.

St Denis : HAS : 2009 : 127p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf

L'objectif de ce document est de réaliser un état des lieux sur les aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique de la population générale adulte dans les structures spécialisées. Cet état des lieux a pour principaux objectifs d'analyser: - les caractéristiques de la population se rendant dans les structures spécialisées; - l'adéquation "ressentie" entre l'offre proposée par les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique actuellement implantées dans les établissements de soins et les besoins des patients qui consultent; - la pertinence

► Évaluation économique

42133

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SCHULTZ (T.P.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Population and Health Policies.

Population et politiques de santé.

Discussion Paper; 4340

Bonn : IZA : 2009/08 : 130p., tabl., fig

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp4340.pdf>

The program evaluation literature for population and health policies is in flux, with many disciplines documenting biological and behavioral linkages from fetal development to late life mortality, chronic disease, and disability, though their implications for policy remain uncertain. Both macro- and microeconomics seek to understand and incorporate connections between economic development and the demographic transition. The focus here is on research methods, findings, and questions that economists can clarify regarding the causal relationships between economic development, health outcomes, and reproductive behavior, which operate in many directions, posing problems for identifying causal pathways. The connection between conditions under which people live and their expected life span and health status refers to health production functions. The relationships between an individual's stock of health and productivity, well-being, and duration of life encompasses the returns to health human capital. The control of reproduction improves directly the well-being of women, and the economic opportunities of her offspring. The choice of population policies may be country specific and conditional on institutional setting, even though many advances in biomedical and public health knowledge, including modern methods of birth control, are now widely available. Evaluation of a policy intervention in terms of cost effectiveness is typically more than a question of technological efficiency, but also the motivation for adoption, and the behavioral responsiveness to the intervention

of individuals, families, networks, and communities. Well-specified research strategies are required to address (1) the economic production of health capacities from conception to old age; (2) the wage returns to increasing health status attributable to policy interventions; (3) the conditions affecting fertility, family time allocation, and human capital investments; and (4) the consequences for women and their families of policies which change the timing as well as number of births.

42561

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

WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury.

Guide OMS pour l'identification des conséquences économiques de la maladie et des accidents.

Genève: OMS: 2009 : 132p., tabl., annexes

Cote Irdes: En ligne

http://www.who.int/choice/publications/d_economic_impact_guide.pdf

Distinct from but complementary to clinical or epidemiological approaches to disease burden assessment, analysis of the economic impact of ill-health can address a number of policy questions concerning the consequences of disease or injury. Some of these questions relate to the microeconomic level of households, firms or government – such as the impact of ill-health on a household's income or a firm's profits – while others relate to the macroeconomic level, including the aggregate impact of a disease on a country's current gross domestic product or its future growth prospects. Resulting estimates - for a particular disease, injury type or for diminished health status in the population generally - can usefully inform decision makers about the overall magnitude of economic losses and their distribution across a number of key drivers or categories of cost. Although insufficient as a basis for setting priorities and allocating resources in health – for which data on effectiveness are also needed – economic burden studies may help to identify possible strategies for reducing the cost of disease or injury via appropriate preventive action or treatment strategies.

43363

OUVRAGE
GROLIER (J.), HERESBACH (D.),
JOSSELIN (J.M.)

Le calcul médico-économique. L'analyse coût-efficacité au service de la prise de décision publique.

Rennes: Presses de l'EHESP: 2009 : 294p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes: A4001

L'évaluation en santé doit permettre d'affecter les ressources disponibles aux programmes les plus pertinents du point de vue médico-économique. Loin d'opposer médecins hospitaliers et économistes, cette démarche doit au contraire favoriser leur collaboration. Le calcul médico-économique est le fruit de cette collaboration. Son objectif est d'optimiser les choix de prévention et de soin, en associant l'efficacité maximum à un coût acceptable pour la collectivité au regard des alternatives de prise en charge. Cet ouvrage propose une présentation simple mais rigoureuse du calcul médico-économique: analyse coût-efficacité, outils microéconomiques, statistiques et de gestions (d'après 4e de couverture).

42564

RAPPORT, INTERNET
SMITH (P.C.)
Health Foundation. Quest for Quality and Improved Performance. (Q.Q.I.P.). Londres.
GBR

Measuring value for money in healthcare: concepts and tools.

Mesurer la valeur monétaire des soins de santé: concepts et outils.

Londres: Health Foundation: 2009/09: 54p., fig., tabl.

Cote Irdes: En ligne

http://www.health.org.uk/publications/research_reports/value_for_money.html

The pursuit of value for money has become the holy grail of health systems worldwide and has been made strikingly more urgent by the economic downturn. At its most basic, the concept of value for money is straightforward: it represents the ratio of some measure of valued health system outputs to the associated expenditure. Whilst this is a worthy goal the measurement and methodology of value for money is a hugely contested field. describes the various concepts of value for money in common use. He examines how measures of value for money are constructed,

This report discusses the challenges inherent in measuring value for money, and assesses the priorities for future efforts in this domain. It advocates a comprehensive approach to measuring value for money, outlining the associated benefits to performance measurement and accountability.

42766

OUVRAGE

RIDDE (V.) / dir., DAGENAIS (C.) / dir.

Approches et pratiques en évaluation de programmes.

Montréal: Presses de l'Université de

Montréal: 2009 : 358p., tabl.

Cote Irdes: A3954

<http://amades.hypotheses.org/592>

Conçu avant tout pour répondre à la demande croissante de praticiens qualifiés, ce manuel s'adresse aux étudiants et aux enseignants, mais aussi aux évaluateurs professionnels et à ceux qui ont recours à leurs services. Les auteurs exposent d'abord les principales approches d'une expertise qui doit faire appel à une grande variété de théories et d'outils pour répondre efficacement aux questions de ses commanditaires. Six études de cas détaillées viennent ensuite montrer comment ces concepts sont appliqués concrètement. Les étapes de réalisation d'une évaluation seront en effet fort différentes selon qu'il s'agira, par exemple, d'évaluer des dispositifs dans le domaine de la coopération internationale, de la santé publique ou de la formation professionnelle. Dans tous les cas, l'évaluateur doit savoir s'adapter au contexte, identifier les besoins exacts des demandeurs et choisir avec eux leur niveau d'implication optimal dans le processus. Les praticiens doivent aussi parler le même langage; à cette fin, un glossaire français des termes de l'évaluation est compris dans le manuel.

42853

OUVRAGE

BROUSSELLE (A.) / dir., CHAMPAGNE (F.) / dir., CONTANDRIOPOULOS (A.P.) / dir., HARTZ (Z.) / dir.

L'évaluation: concepts et méthodes.

Montréal: Presses Universitaires de

Montréal: 22009: 302p.

Cote Irdes: A3968

<http://www.pum.umontreal.ca/ca/fiches/978-2-7606-2121-3.html>

Quiconque juge évalue; à ce titre, l'évaluation est universelle. Mais cette activité humaine peut être plus ou moins formalisée, et des stratégies peuvent être adoptées pour en augmenter la validité. Dans la pratique, la rigueur méthodologique autant que la réponse aux besoins réels des organismes demandeurs et le souci constant de l'utilisation de l'information produite sont les meilleurs garants d'une évaluation réussie. Exhaustif et pragmatique, cet ouvrage présente le modèle d'évaluation qui s'élabore depuis 20 ans autour du cours « Méthodes d'évaluation » du secteur de la santé publique de l'Université de Montréal. Si la plupart des exemples utilisés sont issus du domaine de la santé, le modèle proposé s'applique à l'étude des interventions de tous les secteurs, comme l'éducation, l'administration ou les sciences politiques. Ce manuel permettra aux étudiants, aux chercheurs et aux professionnels qui ont recours à l'évaluation de mieux définir les interventions soumises à leur expertise, et de choisir les approches et les questions les mieux adaptées à chaque contexte (4e de couverture).

► Performance

42324

RAPPORT

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles.

BEL

Euro Health consumer index 2009.

Indice européen des consommateurs de soins de santé 2009.

Bruxelles: Health Consumer Powerhouse: 2009 : 67p., tabl.

Cote Irdes: B6764

[http://www.healthpowerhouse.com/files/Report % 20EHCI % 202009%20091005%20final % 20with % 20cover.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf)

The Netherlands win the 2009 Euro Health Consumer Index (EHCI), for the second year in a row - the first time this happens since the EHCI started in 2005 - and with an outstanding margin. Nevertheless, Denmark keeps its runner-up position from last year. Besides the Dutch and Danish system there is a small group of strong performers: Iceland, Austria and Switzerland. There are general improvement trends among most of the measured healthcare systems, with examples of reform making impact not only in Netherlands but in Ireland and the Czech Republic as well. There is continuous decline in the Spanish or Greek healthcare systems which do not keep up with

the improvement rate one can find in countries like the Netherlands, Denmark or Ireland. Large parts of Eastern and Central Europe seem to be affected by the financial crisis.

► Santé mentale

41286

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
JACOBS (R.)
University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

Investigating patient outcome measures in mental health.

Mesures de l'évolution de l'état de santé des patients souffrant de maladies mentales.

CHE Research Paper Series ; 48
York : University of York : 2009/04 : 94p., tabl.,
fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp48.pdf>

This report examines the feasibility of incorporating patient outcomes in mental health into a productivity measure. It examines which outcome measures are most commonly used in mental health, the practical issues about collecting these outcome measures, whether they can be converted into a generic measure, whether there is a time series of data available, and whether the data exists to examine changes in the mix of treatments over time. The criteria that were assumed to be important for an outcome measure to be included in a productivity index, were that it should have wide coverage, should be routinely collected, could readily be linked to activity data, could potentially be converted to a generic outcome measure, and would be available as a time-series. The report focuses predominantly on mental health outcomes within the working age population. Literature searches on outcome measurement in mental health covered numerous databases and retrieved over 1500 records. Around 170 full papers were obtained.

42899

RAPPORT
DRENEAU (M.), FONTAINE (D.)
Club de l'Observation Sociale en Rhône-
Alpes (C.O.S.). Lyon. FRA, Direction
Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
de Rhône Alpes. (D.R.A.S.S.). Lyon. FRA

Les méthodes d'observation en santé mentale.

Lyon : COSRA : 2009/02 : 61p.

Cote Irdes : C, B6806

http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_mentale.pdf

Le Club de l'Observation Sociale Rhône-Alpes (COSRA) a confié à l'ORS Rhône-Alpes, début 2008, le pilotage d'un groupe de travail, dont la mission était de repérer, dans le champ de la santé mentale, les indicateurs et les outils d'évaluation permettant d'observer l'état de santé au niveau de la région Rhône-Alpes, voire à un niveau infrarégional. Ce travail consistait à réaliser un descriptif de toutes les sources d'information repérées en santé mentale, à analyser leur pertinence, à en extraire les indicateurs les plus intéressants, et à vérifier l'accessibilité des données. Le présent rapport du groupe de travail vise à faciliter la recherche d'informations pour les différents intervenants concernés par la santé mentale, il privilégie les informations pratiques, telles que la localisation des différentes sources (références bibliographiques, bases de données) sur internet ou encore les coordonnées des principaux organismes producteurs ou diffuseurs de données. Le repérage des sources d'information existantes, ainsi que des outils d'évaluation, s'est appuyé sur plusieurs démarches : une recherche bibliographique, les apports des membres du groupe de travail, des interviews d'experts de chaque source d'information.

► Bibliométrie

42918

RAPPORT, INTERNET
ISMAIL (S.), NASON (E.), MARJANOVIC
(S.), GRANT (J.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Bibliometrics as a tool for supporting prospective R&D decision-making in the health sciences. Strengths, weaknesses and options for future development.

La bibliométrie comme instrument de soutien de prise de décision en matière de recherche et développement prospectifs en santé. Forces, faiblesses et options pour un développement futur.

Santa Monica : Rand corporation : 2009 :
60p., tabl., annexes.

Technical Report ; n° 685

Cote Irdes : en ligne

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR685.pdf

Bibliometric analysis is an increasingly important part of a broader 'toolbox' of evaluation methods available to R&D policymakers to support decision-making. In the US, UK and Australia, for example, there is evidence of gradual convergence over the past ten years towards a model of university research assessment and ranking incorporating the use of bibliometric measures. In Britain, the Department of Health (England) has shown growing interest in using bibliometric analysis to support prospective R&D decision-making, and has engaged RAND Europe's expertise in this area through a number of exercises since 2005. These range from the macro-level selection of potentially high impact institutions, to Micro-level selection of high impact individuals for the National Institute for Health Research's faculty of researchers. The aim of this document is to be an accessible, 'beginner's guide' to bibliometric theory and application in the area of health research and development (R&D) decision-making. The report also aims to identify future directions and possible next steps in this area, based on RAND Europe's work with the Department of Health to date. It is targeted at a range of audiences, and will be of interest to health and biomedical researchers, as well as R&D decision-makers in the UK and elsewhere.

► Capital social

42841

COMMUNICATION, INTERNET
BERCHET (C.), JUSOT (F.)
Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Social capital and Health status : a protective impact among elderly or inactive but not among active ?

Capital social et état de santé : une influence protectrice chez les personnes âgées et les personnes inactives, mais pas chez les personnes actives ?

31èmes Journées des économistes de la santé français. : Rennes, 2009/12/03-04
Paris : CES : 2009 : 25p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Using a representative survey of the French population, the "Health, Health Care and Insurance Survey" (ESPS: "Enquête sur la santé et la protection sociale"), this study proposes to assess the causal effect of social participation on health status in a multiple activity perspective. In a first step of the analysis, we intend to compare among active and inactive population the association between social participation and self-assessed health status. Since the correlation that we may expect between social capital and self-assessed health status should not be considered as causality, we secondly attempt to resolve the identification issue of social participation using instrumental variables, in order to establish a causal pathway between social capital and health status. To perform this work we propose to use the language spoken during childhood as an instrument to social capital. The paper is structured as followed: the next section presents a theoretical background concerning the concept of social capital and some empirical evidences which associate social capital to individual health. Section 3 introduces the data and variables used in the regression analyses. The methodology and the estimation strategy are also presented in this section. The results are presented in section 4, followed by a conclusion in section 5.

► Économétrie

42902

OUVRAGE

MATYAS (L.) / éd., SEVESTRE (P.) / éd.

The econometrics of panel data : fundamentals and recent developments in theory and practice.

L'économétrie des données de panel : les fondements et les récents développements en théorie et pratique.

Berlin : Springer Verlag : 2008 : 26-980p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3985

<http://www.springer.com/economics/econometrics/book/978-3-540-75889-1>

This completely restructured, updated third edition of *The Econometrics of Panel Data*, first published in 1992, provides a general overview of the econometrics of panel data, both from a theoretical and from an applied viewpoint. Since the pioneering papers by Kuh, Mundlak, Hoch and Balestra and Nerlove, the pooling of cross section and time series data has become an increasingly popular way of quantifying economic relationships. Each series provides information lacking in the other, so a combination of both leads to more accurate and reliable results than would be achievable by one type of series alone. This third, enhanced edition provides a complete and up to date presentation of theoretical developments as well as surveys about how econometric tools are used to study firms and household's behaviors. It contains eleven entirely new chapters while the others have been largely revised to account for recent developments in the field (4e de couverture).

► Économie de la santé

42854

OUVRAGE

FARGEON (V.)

SAVIGNAT (P.) / préf.

Introduction à l'économie de la santé.

Grenoble : Presses universitaires de

Grenoble : 2009 : 112p.

Cote Irdes : A3969

<http://www.pug.fr/titre.asp?Num=1093>

Besoin universel, la santé est une préoccupation majeure des sociétés et des individus. La nature particulière du bien santé justifie l'organisation de la réponse à ce besoin dans des

configurations de systèmes de santé et de soins médicaux, marquées par les régulations d'institutions non marchandes, au premier chef desquelles l'État. Ce manuel vise à présenter l'essentiel des concepts et grilles de lecture mobilisés dans l'analyse économique des systèmes de santé. À travers l'étude des comportements économiques des grandes catégories d'acteurs des systèmes de santé – consommateurs, offreurs de soins, assureurs et financeurs du risque maladie, État – de leurs relations et articulations, il s'agit d'explicitier les fondements économiques des politiques de santé. Cette approche doit permettre d'éclairer les tendances et les débats contemporains relatifs aux systèmes de santé (protection maladie et prestations de soins), notamment la question de la place et des formes de l'intervention publique. L'ouvrage souligne l'importance des aspects organisationnels et institutionnels dans le fonctionnement et la dynamique des systèmes de santé.

42276

OUVRAGE

OLSEN (J.A.)

Principles in Health Economics and Policy.

Principes en économie et politique de santé.

Oxford : Oxford University Press : 2009 : 224p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3918

<http://ukcatalogue.oup.com/product/academic/ef/economics/public/9780199237814.do>

Principles in Health Economics and Policy is a clear and concise introduction to health economics and its application to health policy. It introduces the subject of economics, explains the fundamental failures in the market for health care, and discusses the concepts of equity and fairness when applied to health and health care. Written for students and health professionals with no background in economics, the book takes a policy-oriented approach, emphasising the application of economic analysis to universal health policy issues. It explores the key questions facing health policy-makers across the globe right now, such as : How should society intervene in the determinants that affect health ?

▮ Incapacité

42878

OUVRAGE

WUNDERLICH (G.S.) / rapp.

Improving the measurement of late-life disability in population surveys. Beyond ADLs and IADLs. Summary of a workshop.

Amélioration de la mesure de l'incapacité dans les enquêtes de population. Au delà des AVQ et des AIVQ. Résumé d'un groupe de travail

Washington DC : National Academies Press : 2009 : 165p., tabl., annexes

Cote Irdes : A3983

This book is a summary of a workshop organized to draw upon recent advances to improve the measurement of physical and cognitive disability in population surveys of the elderly population. Are the measures of activities daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs) used in many population surveys sufficient as the primary survey-based indicators of late-life disability? If not, should they be supplemented by others measures of disability in surveys? If yes, in what ways should disability measures be changed or modified to produce population estimates of late-life disability and to monitor trends. What further research is needed to advance this research (extrait de l'introduction).

▮ Qualité de soins

42741

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DROSLER (S.), ROMANO (P.), WEI (L.)
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 Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009.

Projet sur les indicateurs de qualité des soins de santé : rapport 2009 sur les indicateurs en matière de sécurité du patient.

OECD Health Working Paper ; 47

Paris : OCDE : 2009 : 45p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006F0A/\\$FILE/JT03274823.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00006F0A/$FILE/JT03274823.PDF)

Ce document présente l'état d'avancement de la recherche et du développement d'un ensemble d'indicateurs en matière de sécurité

des patients dans le cadre du projet sur les indicateurs de la qualité des soins (HCQI). Un groupe d'experts a recommandé l'utilisation des indicateurs présentés ici pour les comparaisons internationales sur une dimension clé de la qualité des soins : la sécurité. Les indicateurs ont été sélectionnés par un consensus d'experts, leur validité et leur comparabilité ont été testées. Bien qu'il reste quelques problèmes quant aux différences de codage et de déclaration venant des bases de données administratives hospitalières, la rigueur du travail sur les indicateurs a permis d'améliorer la capacité des pays à rendre compte de la qualité des soins. Le développement des indicateurs de la sécurité des patients met l'accent sur les progrès techniques réalisés dans la construction de mesures et le besoin récurrent d'améliorer la méthodologie. Les indicateurs présentés ici ne doivent pas donner lieu à des conclusions quant à la situation de la sécurité des patients dans les pays, mais visent plutôt à poser des questions pour une meilleure compréhension des différences observées.

▮ Santé perçue

42250

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HUYNH (K.P.), JUNG (J.)

Correcting Focal Biases in Subjective Health Expectations : Application to the Rand-HRS Data .

Corriger les biais focaux dans les attentes en matière de santé perçue : application aux données Rand-HRS.

Rochester : Social Science Electronic
Publishing : 2009/05 : 23p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1470858

Subjective health expectations are derived using the RAND-HRS dataset. A Bayesian updating mechanism is used to correct for focal point responses and reporting errors of the original health expectations variable. We then test the quality of the health expectations measure and describe its correlation with various health indicators and other individual characteristics. We find that subjective health expectations do contain additional information that is not incorporated in subjective mortality expectations and that the rational expectations assumption cannot be rejected for subjective health expectations. Finally, the data suggest

that individuals younger than 70 years of age seem to be more pessimistic about their health than individuals in their 70's.

► Statistique

42312

OUVRAGE
CAHUZAC (E.), BONTEMPS (C.)

Stata par la pratique : statistiques, graphiques et éléments de programmation.

Texas : Stata press : 2009 : XIV-254p., tabl., graph., index

cote Irdes : Ug8

<http://www.stata.com/bookstore/splp.html>

Stata par la pratique par Eric Cahuzac et Christophe Bontemps propose une introduction complète à l'usage de Stata en Français. S'appuyant sur des exemples clairs écrits dans un langage simple, cet ouvrage guide l'utilisateur au travers des différentes fonctionnalités de Stata 10. L'ensemble des outils nécessaires à un travail sur données est abordé : exploration des données, statistiques descriptives, modélisation, inférence, tests, graphiques, ainsi que les sorties pour publication. En outre, l'ouvrage inclut également une introduction à la programmation et propose des extraits de code utiles pour résoudre les problèmes fréquemment rencontrés par les utilisateurs. Il contient le matériel essentiel pour transformer le débutant en expert, la clarté de l'ouvrage rendant ce processus particulièrement rapide. L'ouvrage propose un apprentissage de Stata par des approches variées. Pour certains sujets (statistiques descriptives par exemple), les commandes appropriées sont exposées et leur utilisation expliquée de manière simple. Si différents choix sont possibles, les avantages et inconvénients de chaque commande sont explicités afin de guider l'utilisateur dans ses choix. Pour les sujets plus complexes, l'approche est de type exploratoire : le lecteur est accompagné dans l'utilisation des différentes commandes pour analyser ou visualiser les données sur la base d'exemples choisis. Une autre originalité intéressante de ce livre réside dans le fait qu'il ne se limite pas aux commandes standard de Stata, mais présente aussi de nombreuses commandes additionnelles issues de la communauté des utilisateurs de Stata. Les exemples proposés sont principalement tirés de l'économie et des sciences sociales, mais sont illustratifs pour tout lecteur intéressé par une application statistique, quelle que soit sa spécialité. Cet ouvrage couvre un champ très

large et s'adresse aux débutants comme aux utilisateurs confirmés, qu'ils soient étudiants ou chercheurs.

43341

OUVRAGE
ZANINETTI (J.M.)

Statistique spatiale : méthodes et applications géométriques.

Paris : Lavoisier ; Paris : Hermès : 2005 : 320p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3998

Cet ouvrage propose une synthèse des méthodes spécifiques de la statistique spatiale et permet d'analyser l'information géographique dans différents domaines d'études. Il est conçu dans une perspective interdisciplinaire, allant des sciences de l'environnement aux sciences sociales en associant la recherche fondamentale et la recherche appliquée.

► Vignettes

42850

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
RICE (N.), ROBONE (S.), SMITH (P.C.)
University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Analysis of the Validity of the Vignette Approach to Correct for Heterogeneity in Reporting Health System Responsiveness.

Analyse de la validité de l'utilisation des vignettes pour corriger les biais d'hétérogénéité des données subjectives sur la capacité de réaction du système de santé.

HEDG Working Paper ; 09/28

York : HEDG : 2009/09 : 40p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_28.pdf

Despite the growing popularity of the vignette methodology to deal with self-reported, categorical data, the formal evaluation of the validity of this methodology is still a topic of research. Some critical assumptions need to hold in order for this method to be valid. In this paper we analyse the assumption of "vignette equivalence" using data on health system responsiveness contained within the World Health Survey. We perform several tests to check the assumption of vignette equivalence. First, we use a test based on the global

ordering of the vignettes. A minimal condition for the assumption of vignette equivalence to hold is that individual responses are consistent with the global ordering of vignettes. Secondly, using the HOPIT model on the pool of countries, we undertake sensitivity analyses, stratifying countries according to the Inglehart-Welzel scale and the Human Development Index. The results of this analysis are robust, suggesting that the vignette equivalence assumption is not contradicted. Thirdly, we model the reporting behaviour of the respondents through a two-step regression procedure to evaluate whether the vignettes construct is perceived by respondents in different ways. Overall, across the analyses the results do not contradict the assumption of vignette equivalence and accordingly lend support to the use of the vignette methodology when analysing self-reported data and health system responsiveness.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

D Comportement alimentaire

43505

RAPPORT
ESCALON (H.) / dir., BOSSARD (C.) / dir.,
BECK (F.) / dir.
BACHELOT-NARQUIN (R.) / Pref.

**Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA**

Baromètre santé nutrition 2008.

St Denis : INPES : 2010/01 : 426p.

Cote Irdes : Bc6827

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>

Cette troisième vague du Baromètre santé nutrition, réalisée auprès d'un échantillon de 4 714 personnes âgées de 12 à 75 ans, explore en détail le contenu de l'assiette et du verre des Français ; les moments de la journée auxquels ils mangent ; les lieux, la structure et la convivialité de leurs repas ; leurs comportements d'achats ; leurs pratiques d'activité physique. Elle aborde aussi leurs connaissances et leurs perceptions sur l'alimentation et l'activité physique. Ces différentes dimensions ont également été analysées sous l'angle des inégalités sociales de santé, avec un focus sur certaines populations particulièrement fragilisées comme celles se trouvant en situation d'insécurité alimentaire. Sept

régions font par ailleurs l'objet d'une analyse interrégionale spécifique.

D Espérance de vie

41386

RAPPORT
ROBINE (J.M.), JAGGER (C.), VAN OYEN
(H.) et al.
Commission Européenne. (C.E.).
Direction Générale de la Santé et des
Consommateurs. (S.A.N.C.O.). Bruxelles.
BEL

**Healthy life years in the European Union : facts
and figures 2005.**

*Espérance de vie en bonne santé dans l'Union
européenne : faits et chiffres 2005.*

Luxembourg : Office des publications
officielles des Communautés européennes. :
2008 : 242p., graph., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/hly_en.pdf

This report is published by the European Commission in 2008 giving a first broad analysis of the situation of life expectancy and healthy life years all EU Member States except Bulgaria and Romania, who were not EU members at the time when the relevant data was collected in 2005.

D Portrait social de l'INSEE

42674

OUVRAGE
PLA (A.), AFSA (C.), DEBAUCHE (E.),
AMAR (E.), BESSIERE (S.), CHARNOZ (P.),
DALIBARD (E.), GOMBAULT (V.), CLEMENT
(M.), GUEDES (D.), PUJOL (J.), MARICAL
(F.), BONNEFOY (V.), BUFFETEAU (S.),
CAZENAVE (M.C.), LE JEANNIC (T.),
RAZAFINDRANOVA (T.), BOUVIER
(G.), VANOVERMEIR (S.), CAILLE (J.P.),
LEMAIRE (S.), MERON (M.), OMALEK (L.),
ULRICH (V.), BIGNON (N.), GOUSSE (M.)
ALBOUY (V.) / coord., CLEMENT (M.) / coord.,
JAUNEAU (Y.) / coord.
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

France, portrait social. Edition 2009.

Paris : Insee : 2009/11 : 316p.

Cote Irdes : A3941

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?id=237&nivgeo=0>

Comme chaque année, l'Insee propose dans « France, portrait social » le bilan des évolutions économiques et sociales observées au cours de l'année écoulée. Cette édition 2009 apporte un éclairage particulier sur les scolarités des bacheliers « de première génération », c'est-à-dire issus de familles dans lesquelles aucun des parents n'est titulaire de ce diplôme. Elle s'intéresse aussi aux métiers et parcours professionnels des hommes et des femmes et aux évolutions de salaires des seniors. Une vue d'ensemble, composée de chapitres thématiques, fait le portrait de la société française en matière de démographie, éducation, emploi, salaires, revenus, redistribution, conditions de vie et inégalités sociales. Elle est complétée par une trentaine de fiches qui commentent les chiffres essentiels sur des thèmes spécifiques, et intègrent des comparaisons européennes.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

► Emploi

42676

OUVRAGE, CONGRES
BARNAY (T.) / éd., LEGENDRE (F.) / éd.
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).
Paris. FRA

Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale.

29e journées de l'Association d'économie sociale. : Paris, 2009/09/17-18

Paris : L'Harmattan : 2009 : 343p., tabl.

Cote Irdes : A3943/1

En contribuant pleinement à la stabilisation macro-économique, le « modèle social français » semble être réhabilité avec la crise financière et la récession économique. Pourtant, la Commission européenne en appelait récemment à « moderniser les systèmes de protection sociale » afin notamment de rendre « l'emploi financièrement plus attractif » comme si la protection sociale était devenue l'ennemie de l'emploi. Le lecteur trouvera dans ce premier tome 23 contributions issues des XXIXes Journées de l'Association d'Économie Sociale, qui apportent un éclairage nouveau et original sur les liens entre emploi et politiques sociales et qui abordent les trois

thèmes suivants : Santé, travail et emploi ; Emploi des seniors et Avenirs de la protection sociale.

42677

OUVRAGE, CONGRES
BARNAY (T.) / éd., LEGENDRE (F.) / éd.
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).
Paris. FRA

Emploi et politiques sociales : tome 2. Trajectoires d'emploi et rémunérations

29e journées de l'Association d'économie sociale. : Paris, 2009/09/17-18

Paris : L'Harmattan : 2009 : 361p., fig., tabl.

Cote Irdes : A3943/1

En contribuant pleinement à la stabilisation macro-économique, le « modèle social français » semble être réhabilité avec la crise financière et la récession économique. Pourtant, la Commission européenne en appelait récemment à « moderniser les systèmes de protection sociale » afin notamment de rendre « l'emploi financièrement plus attractif » comme si la protection sociale était devenue l'ennemie de l'emploi. Le lecteur trouvera dans ce second tome 24 contributions issues des XXIXes Journées de l'Association d'Économie Sociale qui apportent un éclairage nouveau et original sur les liens entre emploi et politiques sociales et qui abordent les quatre thèmes suivants : Mobilités et carrières dans l'emploi ; Transitions vers, dans et depuis l'emploi ; Qualité de l'emploi et Rémunérations et revenus.

43548

OUVRAGE
SCHMID (G.) / éd., GAZIER (B.) / éd.

The dynamics of full employment : social integration through transitional labour markets.

La dynamique du plein emploi : intégration sociale par les marchés du travail transitionnel.

Cheltenham : Edward Elgar : 2002 : 18-443p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4004

http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=1980

Persistent unemployment is recognised as one of the main mechanisms of social and political exclusion. The Dynamics of Full Employment provides a new and fresh approach to the question of full employment in contemporary society. It offers an internationally comparative,

interdisciplinary approach to the dynamics of full employment and views the labour market not only as an economic institution, but as a social one. The authors argue that transitional markets – defined as legitimate, negotiated and politically supported sets of mobility options – are becoming essential ingredients of successful employment policies in modern societies. Social integration through participation in the labour market should not exclude productive activity in other spheres of life.

individuels et des facteurs familiaux. Face à cette difficulté, on propose une approche qui procède en prenant comme point de départ un indicateur de « pauvreté en revenu d'activité » défini au niveau individuel, puis en examinant si cette « pauvreté » est compensée par les autres revenus privés au niveau des ménages et par les transferts sociaux. L'ensemble de l'étude est basée sur les données EU-SILC de l'année 2006 et compare 10 pays de l'Union européenne.

► Travailleurs pauvres

42762

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
PONTHIEUX (S.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Etudes et Synthèses Economiques. Paris. FRA

Les travailleurs pauvres comme catégorie statistique. Difficultés méthodologiques et exploration d'une notion de pauvreté en revenu d'activité.

Document de travail ; F0902

Paris : INSEE : 2009/03 : 58p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F0902_Français.pdf

La notion de travailleur pauvre peut sembler au premier abord assez évidente, mais sa mise en œuvre comme catégorie statistique ne va pas de soi, en particulier parce qu'elle demande une définition spécifique pour identifier les travailleurs. En outre, comme travailler est une situation individuelle tandis que la pauvreté s'apprécie sur la base de variables mesurées au niveau du ménage, la catégorie se trouve définie à l'intersection de deux unités statistiques, l'individu et le ménage. Ce document propose dans sa première partie une comparaison des principales définitions des travailleurs mises en œuvre pour élaborer des statistiques sur les travailleurs pauvres. On cherche en particulier à évaluer l'impact d'un changement des critères employés pour identifier les travailleurs sur la taille et les caractéristiques de la population des travailleurs pauvres, et sur l'analyse que l'on peut porter sur les causes de leur pauvreté. La seconde partie est consacrée au problème spécifique de la construction statistique « individu/travailleur ménage/pauvre », qui rend l'analyse du phénomène particulièrement complexe, puisque la construction oblige en effet à démêler en aval le rôle des facteurs

DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

► Automédication

42791

OUVRAGE
LECHERTIER (L.), PICCININI (L.)
Mutualité Française. Paris. FRA

Guide de l'automédication.

Paris : la Mutualité Française : 2009/04 : 124p.

Cote Irdes : C, A3957

Ce guide recense vingt-six maux de la vie courante et tous les conseils pour pratiquer une automédication sans risque en collaboration avec son médecin et son pharmacien. Il donne les symptômes des pathologies, les signes d'alerte qui nécessitent un avis médical et les bons réflexes d'automédication. Il vous aidera à vous repérer devant le comptoir des pharmacies quand il sera nécessaire de prendre un médicament.

► Classifications

43546

REPertoire
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo. NOR

Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) classification and DDD (Daily Dose Defined) assignment 2010.

Recommandations pour la classification ATC (Classification anatomique, thérapeutique et chimique) et l'attribution des DDD (Dose de médicament définie par jour) 2010.

Oslo : OMS Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. : 2010 : 2 vol. (273p.+92p.)

Cote Irdes : Ud323/1-2 (2010)

<http://www.whocc.no/>

L'objectif de ce guide est de mettre à la disposition de l'utilisateur des recommandations concernant la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) et la notion de DDD (Dose définie par jour) pour les médicaments.

► Communication écrite

42218

OUVRAGE

LICHTFOUSE (E.)

Rédiger pour être publié ! Conseils pratiques pour les scientifiques.

Paris : Springer : 2009 : 105p.

Cote Irdes : A3914

<http://www.lavoisier.fr/notice/fr430101.html>

Cet adage illustre l'importance de la communication scientifique. Essentielle pour les chercheurs, elle est aussi un secteur stratégique pour la compétitivité d'une nation. Domaine souvent négligé, la communication scientifique prend une importance vitale avec les nouvelles technologies informatiques qui accélèrent et modifient en profondeur la diffusion des connaissances. La nécessité de bien communiquer ses découvertes aux spécialistes devient cruciale pour les chercheurs, les instituts et les universités du fait du recours récent aux facteurs d'impact pour évaluer et financer la recherche. La science doit être également diffusée très largement vers le public, en particulier les médias, les entrepreneurs et les acteurs sociopolitiques. Ce manuel expose les règles d'or de la rédaction d'un article scientifique. Conçu à partir des défauts majeurs rencontrés, l'auteur explique la manière de structurer facilement un article et expose les remèdes aux défauts typiques des auteurs francophones qui souhaitent publier en anglais. Il propose des conseils pour mieux éduquer ou vulgariser le savoir, et suggère enfin de nouvelles techniques de rédaction à l'ère d'Internet comme le micro-article, qui permet au chercheur de focaliser ses résultats sur un seul point innovant. Les grands principes exposés peuvent être appliqués à une grande variété de documents comme les thèses, les rapports industriels, les publicités, les lettres de motivation, les curriculum vitae, les blogs et les communiqués de presse car tous ces documents ont en commun la mise en évidence d'une avancée, d'une décou-

verte, d'une innovation ou d'une différence par rapport à l'existant.

► Médecine et sciences humaines

40404

OUVRAGE

MOUILLIE (J.M.) / éd., LEFEVE (C.) / éd., VISIER (L.) / éd.

Médecine et sciences humaines : manuel pour les études médicales.

Paris : Les Belles Lettres : 2007 : 667p., annexes, index

Cote Irdes : A3838

<http://www.lesbelleslettres.com/livre/?GCOI=22510100064230>

Cet ouvrage pluridisciplinaire est destiné à accompagner l'enseignement de sciences humaines et sociales au sein de la formation médicale. Il s'adresse aux étudiants de médecine et à tous ceux qui s'engagent dans les métiers du soin ou qui s'intéressent aux questions épistémologiques, éthiques et sociales posées par la médecine contemporaine. Les nouvelles relations entre soignants et patients, l'interrogation sur l'identité scientifique de la médecine, le développement spectaculaire des techniques médicales, l'exigence d'une sensibilisation aux enjeux éthiques et bioéthiques du soin face à l'évolution des demandes, individuelles et sociales, et aux perspectives ouvertes par les sciences du vivant appellent une réflexion spécifique. Fournir des repères historiques et conceptuels à cette réflexion, interroger les présupposés de la pensée médicale, évaluer les multiples responsabilités liées au soin, promouvoir l'indépendance du jugement, le sens des problèmes et la clairvoyance critique sont les objectifs de l'introduction des sciences humaines dans le monde médical. Sans prétention encyclopédique, cet ouvrage invite le lecteur à s'approprier les questions à partir de regards croisés et à prendre ainsi la mesure de la diversité et de la complexité des problèmes humains de la médecine. Les auteurs, médecins et non médecins, sont des spécialistes des thèmes abordés travaillant aussi bien en sciences humaines (comme anthropologues, économistes de la santé, historiens, juristes, philosophes, psychanalystes, psychologues, sociologues) que dans le monde de la santé (en biologie, cancérologie, génétique, gériatrie, médecine générale, médecine interne, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie, rééducation fonctionnelle, et dans les soins infirmiers). Le livre se

compose d'une centaine d'études présentées par thématiques, de plusieurs annexes « ressources » (chronologies, références littéraires et cinématographiques, textes de référence en éthique et bioéthique) et d'un index analytique (d'après 4e de couverture).

▮ NTIC

40245

RAPPORT

BIGOT (R.), CROUTTE (P.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.

(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Ministère de l'Economie - de l'Industrie et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.). Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.). Paris. FRA, Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.). Paris. FRA

La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française - Enquête 2008.

Paris: Credoc: 2008/11 : 224p., 103 tabl., 65 graph., ann.

Cote Irdes: B6627

http://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/etude-credoc-2008-101208.pdf

Le Conseil Général des Technologies de l'Information (CGTI) et l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP) ont confié au CREDOC une enquête sur la diffusion des technologies de l'information dans la société française. Ce document présente les résultats des questions relatives à la diffusion, à l'usage et à l'acceptabilité des nouvelles technologies en France. Ces questions ont été insérées par le CGTI et par l'ARCEP dans la vague de juin 2008 de l'enquête du CREDOC sur les « Conditions de vie et les Aspirations des Français ». Ce rapport s'articule en trois parties: la première fait le point sur l'équipement et l'accès aux NTIC (Nouvelles technologies de l'information et de la communication); la deuxième traite la question des usages du téléphone, de l'informatique et d'Internet, que ce soit dans la sphère privée ou professionnelle; la dernière analyse quelques opinions sur les NTIC et les médias. Les annexes regroupent les questionnaires ainsi que les tableaux complémentaires, le plus souvent des tableaux croisés avec les descripteurs socio-démographiques.

▮ Répertoire

42672

REPertoire

Le trombinoscope de la santé 2009-2010.

Neuilly sur Seine: Le Trombinoscope: 2009/11: 184p., index

Cote Irdes: Ue538 (2009-2010)

Le trombinoscope de la santé permet de connaître les principaux acteurs du système de santé en France en découvrant les photos, biographies et coordonnées de 600 décideurs au sein du Ministère de la Santé; Personnalités chargées de la santé et des affaires sociales au sein de la présidence de la République et des autres ministères; au sein du Parlement, du Conseil économique et social, des partis politiques et des syndicats nationaux; au sein de la Sécurité sociale - Assurance maladie, des organismes de recherche et de formation, des instances professionnelles nationales, des instances régionales et départementales (DRASS, DDASS...)

▮ Techniques documentaires

42872

REPertoire

MESGUICH (V.), THOMAS (A.)

Net recherche 2009 : le guide pratique pour mieux trouver l'information utile et surveiller le web.

Paris: ADBS: 2009 : 320p.

Cote Irdes: c, Ue528 (2009)

Pourquoi un livre sur un thème aussi mouvant que la recherche d'informations sur Internet? Parce que ce sujet en constante évolution reste finalement assez peu étudié dans son ensemble. Or il est indispensable de proposer aux internautes une vision globale qui leur donne le recul nécessaire face à la prolifération d'informations en ligne et leur permette d'identifier des contenus de qualité répondant précisément à leurs besoins. Sous l'apparente facilité d'utilisation des moteurs de recherche se cache en effet une réalité complexe, et le secret de la réussite d'une recherche ou d'une veille passe autant par la maîtrise des aspects techniques que par la capacité à évaluer et sélectionner les sources pertinentes. En cette troisième édition profondément renouvelée, développée et mise à jour, Net recherche vise à offrir à toute personne amenée à effectuer des recherches sur Internet un panorama des outils et méthodes existant à ce jour, en inté-

grant les dispositifs qui permettent de surveiller le web à moindre coût. Cet ouvrage s'adresse notamment aux professionnels de l'information (documentalistes, bibliothécaires, veilleurs), aux enseignants, chercheurs et étudiants, et à tous les autres « travailleurs du savoir » confrontés à la complexité croissante et à l'inflation de l'information en ligne. Ils y découvriront des conseils méthodologiques mais aussi nombre de « trucs et astuces » destinés à optimiser le processus de recherche ou de veille, des informations précises sur les évolutions en cours, ainsi que des présentations d'outils et des listes d'adresses utiles.

43039

OUVRAGE
MANIEZ (J.), MANIEZ (D.)

Concevoir l'index d'un livre : histoire, actualité, perspectives.

Paris : ADBS : 2009 : 341p., tabl., index

Cote Irdes : A3990

<http://www.adbs.fr/concevoir-l-index-d-un-livre-histoire-actualite-perspectives-75171.htm>

Aucun ouvrage sur l'art d'indexer un livre n'existe en français alors qu'une bonne douzaine est disponible en langue anglaise. Pourtant, malgré la concurrence croissante des automatismes, le savoir-faire de l'indexeur est seul capable de produire des index de qualité - tant pour les ouvrages scientifiques ou techniques vendus en librairie que pour la littérature parallèle de textes longs (thèses, mémoires, rapports techniques, etc.). L'objet de cet ouvrage est d'abord de proposer une méthode de construction de cet auxiliaire du livre, fondée sur une analyse des besoins et sur un partage équilibré entre les tâches dévolues à l'indexeur et les tâches automatisables. L'exposé des méthodes et la description des outils sont illustrés par des références aux auteurs du domaine et par de nombreux exemples. Par ailleurs, l'abondance et la variété des études consacrées au rôle des index dans l'évolution des outils du savoir ont incité les auteurs à compléter le guide technique par un essai d'éclairage historique et socioculturel. Ils s'interrogent en particulier sur la place que peut garder l'index dans la grande mutation des technologies de l'intelligence. Ainsi ce livre se présente en deux parties largement autonomes mais complémentaires, qui peuvent se lire indépendamment l'une de l'autre, mais émanent d'une conception unitaire de la technologie et de la culture comme l'attestent les trois annexes (glossaire, bibliographie, index) qui

portent équitablement sur les deux parties de l'ouvrage.

RÉGLEMENTATION

► Droit de la santé

42623

OUVRAGE
PELLET (R.), SKZRYERBAK (A.)

Leçons de droit social et de droit de la santé.

Paris : Editions Sirey-Dalloz : 2009 : 642p., tabl.

Cote Irdes : A3935

<http://www.lgdj.fr/manuels-precis-mementos/224971/lecons-droit-social-droit-sante>

Les sujets des leçons sont tirés des programmes officiels des concours et traitent du droit du travail et des politiques de l'emploi (contrat de travail, normes collectives, marché du travail), de l'organisation et du financement de la protection sociale (sécurité sociale, régimes complémentaires, assurance chômage, aide et action sociales), du droit et des politiques de la santé (médecine libérale, établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, tarification, planification et régionalisation). L'ouvrage prend en compte les réformes les plus récentes : loi du 25 juin 2008 sur la modernisation du marché du travail, loi constitutionnelle du 23 juillet 2008, loi du 1er août 2008 sur les droits et devoirs des demandeurs d'emploi, loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale. L'ouvrage s'adresse à tous les candidats ayant à passer une épreuve écrite (note de synthèse, note sur dossier, dissertation) ou orale de droit social ou de droit de la santé d'un concours administratif ou judiciaire (ENA, concours des assemblées, IRA, ENM...), social (EN3S, inspection du travail...), sanitaire et médico-social (EHESP...) ainsi qu'à tous les étudiants ayant une épreuve de ce type.

► Droits des malades

42301

RAPPORT

Collectif Inter-associatif sur la Santé.
(C.I.S.S.). Observatoire du CISS sur les
Droits des Malades. Paris. FRA

Rapport annuel 2008 de Santé Info droits.

Paris: CISS: 2009: 72p.

Cote Irdes: B6774

[http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/
Documents/090901_ObservatoireDroitsMalades_
SID_2008.pdf](http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/090901_ObservatoireDroitsMalades_SID_2008.pdf)

Depuis 1996, le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) représente les intérêts communs de tous les usagers du système de santé et oeuvre pour un accès de tous à une meilleure qualité des soins. C'est dans cette optique que le collectif d'associations a mis en place, fin novembre 2006, un service d'information juridique et sociale à destination des usagers, de leurs représentants, des travailleurs sociaux ou des professionnels de la santé.

► Indemnisation

41862

RAPPORT

HUET (G.)

Assemblée Nationale. Mission d'Information
Commune. Paris. FRA

**Rapport d'information sur l'indemnisation des
victimes d'infections nosocomiales et l'accès
au dossier médical.**

Paris: Assemblée nationale: 2009/07: 144p.

Cote Irdes: B6735

[http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/
i1810.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1810.pdf)

La loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré le droit de chaque personne d'être informée sur sa santé et d'être indemnisée en cas de dommage survenu dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. Afin d'évaluer les évolutions de la relation entre les usagers et les professionnels et établissements de santé depuis l'entrée en vigueur de cette loi, la commission des affaires sociales et la commission des lois de l'Assemblée nationale ont créé une mission d'information commune sur l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales et l'accès au dossier médical. Au terme de ses travaux, la mission est parvenue à la conclusion que, si les apports de la législation de

2002 peuvent être considérés comme globalement positifs, l'effectivité du droit d'accès au dossier médical doit être renforcée et le régime d'indemnisation des infections nosocomiales doit être rendu plus juste.

► Protection sociale

42860

OUVRAGE

KESSLER (F.)

Droit de la protection sociale.

Paris: Dalloz: 2009: 755p., index

Cote Irdes: Ud509 (2009)

Après une définition du risque social, cet ouvrage fait une analyse commentée du droit de la protection sociale en France sous tous ses aspects.

43358

OUVRAGE

Centre Technique des Institutions de
Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

**Droit de l'assurance maladie complémentaire.
Garanties complémentaires santé.**

Paris: CTIP: 2009: 129p., tabl.

Cote Irdes: A3999

Cet ouvrage, consacré au droit de l'assurance maladie complémentaire, inclut l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables, au maintien et à la portabilité des garanties santé et prévoyance, à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), à la prise en charge des prestations et actes médicaux, et aux restes à charge de l'assuré.

► **Index des auteurs**

A

ABECASSIS (P.).....	70	BASSET (B.).....	64
ABRAHAM (J.M.).....	24	BAS-THERON (F.).....	21
ADEMA (W.).....	28	BASTIANELLI (J.P.).....	75
AFSA (C.).....	111	BAUDIER (F.).....	35
Age Concern.....	55	BAZOT (A.).....	85
Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. (ASIP SANTE).....	87, 89	BECK (F.).....	111
AKRICH (M.).....	17	BELINGARD (J.L.).....	83
ALBOUY (V.).....	111	BELOT (A.).....	44
ALBREHT (T.).....	101	BENALLAH (S.).....	58
ALLIN (S.).....	99	BERCHET (C.).....	107
AMALRIC (F.).....	72, 86	BERENSON (R.A.).....	94
AMAR (E.).....	111	BERNARDIN (E.).....	47, 57
ANDERSON (P.).....	44	BERTHELOT (N.).....	35
APPOUEY (B.H.).....	63	BESSIERE (S.).....	111
ARCHONTAKIS (F.).....	80	BIGNON (N.).....	111
Assemblée Nationale.....	17, 35, 51, 55, 85, 87, 117, 118	BIGOT (R.).....	115
Association Canadienne des Soins de Santé.....	91	BLANC (P.).....	18
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.).....	24, 58, 67, 70, 112	BLOMQUIST (P.).....	100
ASTORG (M.).....	57	BLUME-KOHOUT (M.E.).....	84
ATUN (R.).....	45	BOCKERMAN (P.).....	54
AUDRY (A.).....	81	BOISSON (M.).....	23
AUGURZKY (B.).....	78	BOKHARI (F.A.S.).....	85
AUSTIN (C.).....	53	BOLIN (K.).....	29
Australian Institute of Health and Welfare. (A.I.H.W.).....	90	BONNEFOY (V.).....	111
Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.).....	115	BONTEMPS (C.).....	110
AVDEEVA (O.).....	101	BOSSARD (C.).....	111
		BOULANGER (J.M.).....	30
		BOURDILLON (F.).....	36
		BOUVIER (G.).....	111
		BOYLE (P.).....	46
		BRANCHU (C.).....	43
		BRAS (P.L.).....	75
		BROUSSELLE (A.).....	105
		BROWN (J.R.).....	33
		Brunel University.....	101
		BRUTSCHER (P.B.).....	44
		BRYNDOVA (L.).....	101
		BUFFETEAU (S.).....	111
		Bureau Régional de l'Europe	44, 49, 50, 61, 98, 99, 100, 101

B

BACHELOT-NARQUIN (R.).....	111
BACQUE (M.F.).....	45
BAILLET (F.).....	45
BALTAGI (J.).....	41
BARBAT-BUSSIERE (S.).....	68
BARNAY (T.).....	42, 112
BARTHELEMY (A.I.).....	61

C

CAHUZAC (E.)	110	CHAUVIN (P.)	68, 70
CAILLE (J.P.)	111	CHERTI (M.)	56
Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines. (C.A.N.S.S.M.)	32	CHISHOLM (D.)	36
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	51	CLAEYS (A.)	17
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.)	18	CLEMENT (J.M.)	19
Canadian Healthcare Association. (C.H.A.)	91	CLEMENT (M.)	111
Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.)	92, 97	CLEMENT (M.C.)	35
Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.)	58, 91	CLIFT (J.)	44
Canadian Society of Telehealth	89	CLIFTON (J.)	56
CARLSEN (B.)	100	Club de l'Observation Sociale en Rhône-Alpes (C.O.S.)	106
CAU-BAREILLE (D.)	56	COHIDON (C.)	52
CAUDRON (J.)	34	Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology	113
CAUTERMAN (M.)	74	Collectif Inter-associatif sur la Santé. (C.I.S.S.)	117
CAVALIERI (M.)	99	Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.)	27, 41, 42, 107
CAYLA (F.)	61	Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail	55
CAZENAVE (M.C.)	111	COLLINS (S.R.)	95
CECCHINI (M.)	36	Comité Economique des Produits de Santé. (C.E.P.S.)	80
CELIA (C.)	53	Comité National de Suivi de la Radiothérapie. (C.N.S.R.)	88
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	21, 23	Commissaire à la santé et au bien-être. (C.S.B.E.)	91
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.)	29	Commission des Affaires Européennes	85
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.)	115	Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.)	18, 78
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.)	56	Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.)	39
Centre for Health Economics. (C.H.E.)	106	Commission Européenne. (C.E.)	81, 111
Centre for Research on Inner City Health. (C.R.I.C.H.)	77	Commonwealth Fund	95
Centre International de Recherche sur le Cancer. (C.I.R.C.)	46	CONG (Z.)	83
Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.)	117	CONKLIN (J.)	97
CHABOT (J.M.)	20	Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.)	32
CHADELAT (J.F.)	25	Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.)	115
CHAMPAGNE (F.)	105	Conseil Stratégique des Industries de Santé. (C.S.I.S.)	82
CHARNOZ (P.)	111	CONTANDRIOPOULOS (A.P.)	105
CHARPENTIER (F.)	33	COPE (J.F.)	55
CHATIGNOUX (E.)	48	CORNELY (V.)	57
CHAUPAIN-GUILLOT (S.)	67	CORONADO (J.)	33
		CORTY (J.F.)	61
		COSTES (J.M.)	47
		Cour des Comptes	17, 33, 38

CROCHEMORE (B.)	71
CROUTTE (P.).....	115
CURADO (M.P.).....	46
CUTLER (D.M.).....	65

D

DAGENAIS (C.).....	105
DAL GRANDE (E.)	89
DALIBARD (E.).....	111
DAVIS (K.).....	95
DE ALBUQUERQUE (D.).....	41
DEBAUCHE (C.).....	23
DEBAUCHE (E.).....	111
DEBAUCHE (M.).....	23
DEBRE (B.)	35
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).....	70
DELEIRE (T.).....	24
DENAVAS-WALT (C.).....	94
DENIS (J.J.).....	21
Department of Health. (D.O.H.).....	73
DE RODAT (O.).....	57
DE VRIES (H.).....	44, 80
Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	55
Direction de la Recherche - des Etudes et de l'Evaluation Statistique. (D.R.E.E.S.).....	29, 55, 69
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.).....	28, 30, 36, 109
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.).....	76
Direction des Etudes et Synthèses Economiques.....	31
Direction des Garanties Mutualistes et de l'Assurance Santé. Département Information de Santé et Analyse du Risque	41
Direction des Risques Professionnels. (D.R.P.)	51
Direction Générale de la Santé et des Consommateurs. (S.A.N.C.O.).....	111
Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique (D.G.T.P.E.).....	62
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône Alpes. (D.R.A.S.S.).....	106

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. (D.R.A.S.S.).....	69
DOMIN (J.P.)	70
DONATELLE (R.J.).....	37
DOUMAIL (K.)	78
DRENEAU (M.).....	106
DREYFUS (M.).....	28
DROSLER (S.)	109
DUHAMEL (G.).....	75

E

Economic and Social Research Institute (E.S.R.I.)	97
Economics Research Programme. (H.E.R.O.).....	59
ECONOMOU (C.).....	97
EDWARDS (B.)	46
EMMANUELLI (X.)	67
EPSTEIN (D.).....	64
ESCALON (H.)	111
ESTECAHANDY (P.)	68
EU Consortium for Action on the Socioeconomic Determinants of Health (SDH).....	64
Eurohealthnet	64
European Agency for Safety and Health at Work. (O.S.H.A.).....	54
European Centre for Social Welfare Policy and Research	67
European Observatory on Health Systems and Policies	61
Eurostat	46, 66, 96
EVANS (T.)	62

F

FABBRI (D.).....	98
FAHET (G.).....	61
FARBMACHER (H.).....	89
FARGEON (V.)	108
Federal Reserve Board	43

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privée non Lucratifs. (F.E.H.A.P.).....	19
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.).....	41
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.).....	47, 57
FERRAGUT (E.).....	77
FERY-LEMONNIER (E.).....	34
FEVANG (E.).....	59
FILLION (E.).....	24
FLETCHER (J.M.).....	52
Florida State University.....	85
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.).....	92, 97
Fondation Jean Jaurès.....	63
Fonds CMU.....	25
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	25
FONTAINE (D.).....	47, 106
FOUQUET (A.).....	57
FOURNIER (G.M.).....	85
Fraser Institute.....	92
FREEMAN (R.).....	23
FRETEL (A.).....	29
FRIEDLI (L.).....	49
FULLERTON (D.).....	33

G

GALLAHER (G.).....	77
GASKINS (M.).....	101
GAYLEY (A.).....	93
GAZIER (B.).....	112
GENEAU (R.).....	97
General Medical Council.....	80
GEOFFARD (P.Y.).....	27
German Institute for Economic Research. (D.I.W.)....	90
GEST (A.).....	51
GHILAIN (J.C.).....	81
GIORNO (C.).....	97

GIRARD (V.).....	68
GLAZIER (R.H.).....	92
GODOT (C.).....	23
GOLDMAN (D.).....	93
GOLDMAN (P.).....	40
GOLLAC (M.).....	55
GOMBAULT (V.).....	111
GOUSSE (M.).....	111
GRANDFILS (N.).....	42, 80
GRANT (J.).....	107
GREMY (I.).....	48, 68
GRESY (B.).....	21
GRIFFITHS (A.).....	55
GROLIER (J.).....	104
GROOTENDORST (P.).....	84
GROSCLAUDE (P.).....	44
GRUBER (J.).....	25
GUEDES (D.).....	111
GUEDJ (J.).....	43
GUILLERMO (V.).....	21
GUILLOT (O.).....	67

H

HADA (F.).....	63
HALLIDAY (T.).....	63
HANK (K.).....	56
HARTZ (Z.).....	105
HASSAN (E.).....	53
HAUSER (S.).....	42
Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la Pauvreté.....	66
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.).....	20, 35, 65
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	27
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	38, 103
Health Consumer Powerhouse.....	105
Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.).....	90, 98, 110
Health Economics Research Group. (H.E.R.G.).....	101
Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.).....	71

Health Foundation	104
HEANUS (M.)	46
HEDBLOM (D.)	29
HELMCHEN (L.)	94
HENNING-SCHMIDT (H.)	73
HERD (R.)	92
HERESBACH (D.)	104
HIRTZLIN (I.)	29
HÖGBERG (D.)	60
HOGG (W.)	97
HOST (S.)	48
HOWELL (J.)	94
HOW (S.K.H.)	95
HUET (G.)	117
HULLEGIE (P.)	90
HUYNH (K.P.)	109
HU (Y.W.)	92

I

IMBERT (F.)	47
Imperial College of London. Business School	45
IMS Health	42, 72, 86
INHURST (R.W.)	40
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	21, 30, 43, 57, 59, 75, 76, 77
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.)	58, 91
Institut C.S.A.	25
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	80
Institut de Veille Sanitaire. (In.V.S.)	44, 52
Institute for Empirical Research in Economics	52
Institute for Futures studies	100
Institute For Public Policy Research. (I.P.P.R.)	56
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.)	27, 63, 103
Institute of Medicine of the National Academies	96
Institute of Work, Health and Organisations	55
Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	37
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)	37, 48

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	31, 111, 113
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	45, 74, 79
Institut Roche de l'Obésité	48
ISMAIL (S.)	80, 107

J

JACOBS (R.)	106
JAGGER (C.)	111
Jalma	25
JANKELIOWITCH-LAVAL (E.)	67
JANTA (B.)	80
JARDE (O.)	55
JARRAUD-VERGNOLLE (A.)	18
JAUNEAU (Y.)	111
JEANMAIRE (T.)	35
JENA (A.B.)	40
JIMENEZ-RUBIO (D.)	64
JOHNSTON (S.)	97
JONES (S.R.)	99
JÖNSSON (B.)	60
JOSELIN (J.M.)	104
JUILHARD (J.M.)	71
JUNG (J.)	109
JURGES (H.)	56
JUSOT (F.)	107
JUSTO (N.)	60

K

KAESTNER (R.)	94
KAPLAN (G.A.)	63
KARLSSON (M.)	90
Karolinska Institutet	60
KATZ (D.A.)	92
KERLEAU (M.)	29
KERVASDOUE (J. de)	5
KESSLER (F.)	117

KIM (S.)	77	LEURIDAN (N.)	37
KIRST (M.).....	77	LEWIN (S.L.)	96
KLEIN (T.J.).....	90	LICHTFOUSE (E.).....	114
KNIGHT (A.).....	55	LINDGREN (A.).....	29
KOCOGLU (Y.).....	41	LINDGREN (B.).....	29
KOEN (V.).....	92	LOFTERS (A.).....	77
KOVESZ-MASFETY (V.).....	23	LOOCK (J.).....	86
KUHN (A.).....	52	LO SASSO (A.).....	94
KVERNDOKK (S.).....	59	LURAS (H.).....	71

L

LACAZE (D.).....	43
LADAIQUE (M.).....	28
LAGASNERIE (G.).....	27
LAKDAWALLA (D.).....	40, 93
LALANDE (F.).....	76, 77
LALIVE (R.).....	52
LAMBERT (A.).....	65
LANGE (F.).....	65
LAROQUE (M.).....	57
LARSSON (J.).....	100
LASBORDES (P.).....	87, 89
LAUDICELLA (M.).....	39
LAUER (J.).....	36
LAUKKANEN (E.).....	54
LAURAND (G.).....	75
LECHERTIER (L.).....	113
LECLERC (C.).....	47
LEFEVE (C.).....	114
LEGENDRE (F.).....	112
LE JEANNIC (T.).....	111
LELIEVRE (F.).....	57
LEMAIRE (S.).....	111
LENGLET (R.).....	82
LEONETTI (J.).....	17
LEPINE (C.).....	30
Les Droits des Non Fumeurs. (D.N.F.).....	51
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).....	42, 72, 82, 83, 86
LESPEGAGNE (D.).....	88

M

MAFUBELU (D.).....	62
MAGNUSSEN (J.).....	100
Maison des Sciences Economiques. (M.S.E.).....	29
MALABOU (C.).....	67
MANIEZ (D.).....	116
MANIEZ (J.).....	116
Mannheim Research Institute for the Economic of Aging. (M.E.A.).....	56
MANNONI (C.).....	69
MANSOUR (E.).....	72
MARESCAUX (J.).....	73
MARESSO (A.).....	98
MARICAL (F.).....	111
MARJANOVIC (S.).....	107
MARMOR (T.R.).....	23
MARTIN-MORENO (J.M.).....	45
MATIC (S.).....	44
MATSUDA (R.).....	99
MATTONETTI (M.L.).....	66
MATYAS (L.).....	108
Maxwell School of Syracuse University. Center for Policy Research.....	25, 41
MCCARTHY (M.).....	95
MCCORMICK (J.).....	56
MCDALD (D.).....	98
MCDOWELL (I.).....	56
MEADEL (C.).....	17
MEARA (E.).....	65
Médecins du Monde. (M.D.M.).....	61
Médecins du Monde Mission France. (M.D.M.).....	61

Medicare Payment Advisory Commission. (M.E.D.P.A.C.)	93
MEHAIGNERIE (P.)	55
MENNESSIER (D.)	59
MERKUR (S.)	98
MERLE (S.)	47
MERON (M.)	111
MESGUICH (V.)	115
MEYER (K.)	102
MICHAUD (C.)	35
MICHAUD (P.C.)	93
MILLOT (I.)	47
MILLS (C.)	34
MILON (A.)	43
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)	19, 21, 55, 76, 79
Ministère chargé du Travail	55
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.)	26, 29, 34, 39, 68, 87, 88, 89
Ministère de l'Economie de l'Industrie et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.)	26, 62, 115
Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité	69
Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.)	70
Ministry of Foreign Affairs of Norway	50
Ministry of Health and Care Services of Norway	50
MISHRA (R.)	53
Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.)	78
Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. (M.E.A.H.)	74, 88
MOATTI (J.P.)	38
MOL (A.)	23
MOLLER (L.)	44
MOSCONE (F.)	41
MOSSIALOS (E.)	98
MOUILLIE (J.M.)	114
MURPHY (K.)	77
Mutualité Française	113

N

NARCY (M.)	58
NASON (E.)	107
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)	24, 29, 33, 40, 52, 65, 93
NESTRIGUE (C.)	72
NOLAN (A.)	97
NOR MOHD MAHUDIN (D.)	55
NUZUM (R.)	95
NYBORG (K.)	100

O

Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.)	61
Observatoire du CISS sur les droits des malades	117
Observatoire Européen de l'Accès aux Soins des Médecins du Monde. (O.E.A.S.)	61
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. (O.E.D.T.)	47
Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé	61, 98, 99, 101
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)	47
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.)	79
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.)	69, 70
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.)	72
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.)	48, 68
Observatoire Suisse de la Santé. (O.S.S.)	102
O'CAMPO (P.)	77
Office of Health Economics. (O.H.E.)	101
Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.)	51, 87
Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.)	35
OGAWA (T.)	45
OKAMOTO (E.)	99

OKMA (K.G.H.).....	23
OLSEN (J.A.).....	108
OLSEN (K.M.).....	39
OMALEK (L.).....	111
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).....	28, 30, 36, 46, 92, 95, 97, 99, 101, 109
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	44, 46, 49, 50, 61, 62, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 113
Oxfam International	60

P

PALLEY (E.)	22
PANIS (J.).....	31
PARIZOT (P.).....	70
PATIRAJ (K.)	53
PAUL (S.).....	43
PAUTI (M.D.).....	61
PAYNE (S.).....	61
PEARSON (M.).....	95
PELLET (R.).....	116
PERETTI-WATEL (P.).....	38
PETERSEN (M.).....	81
PICCININI (L.)	113
PLA (A.).....	111
PLANES-RAISENAUER (C.).....	75
POISSON (J.F.).....	55
Pôle Interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations Economiques. (P.I.P.A.M.E.)	82
PONTHIEUX (S.).....	113
POULAIN (J.P.).....	48
PRAZNOCZY (C.)	68
PROCTOR (B.D.).....	94
PUHANI (P.A.).....	27
PUJOL (J.).....	111
PUYDEBOIS (C.).....	57

Q

Quest for Quality and Improved Performance. (Q.Q.I.P.).....	104
QUINONEZ (C.).....	77

R

RABEHARISOA (V.).....	17
RABINOVICH (L.).....	44, 80
Rand Corporation	53, 80, 83, 84, 107
Rand Europe	44, 101
RAYMOND (M.).....	59
RAZAFINDRANOVONA (T.).....	111
REDING (A.).....	44
Régime Social des Indépendants. (R.S.I.)	32
REMOND (A.).....	31
REYES (C.M.)	40
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (R.W.I.)	78
RICARDO (C.).....	63
RICE (N.).....	110
RICHARDS (S.).....	65
RICHOU (F.).....	88
RIDDE (V.).....	105
RISCHATSCH (M.).....	102
ROBINE (J.M.).....	111
ROBIN (S.)	47
ROBONE (S.)	98, 110
ROED (K.)	59
ROGER (M.).....	31
ROLLAND (S.).....	73
ROMANO (P.).....	109
ROSEN (B.).....	98
ROSSO-DEBORD (V.)	85
ROUSSILLE (B.).....	59
ROVERE (M.).....	92
ROYALTY (A.B.)	24
RUHM (C.J.).....	65
RUSSEL (G.).....	97

S

SALOIS (R.).....	91
SALTMAN (R.B.)	100
SAMUEL (H.).....	98
SANDERSON (P.)	80
SANTIN (G.)	52
SASSI (F.).....	36
SAUNERON (S.)	23
SAVIGNAT (P.).....	108
SCHAEFER-McDANIEL (N.)	77
SCHAFFER (M.).....	101
SCHEFFLER (R.M.)	70
SCHMID (G.)	112
SCHOEN (C.).....	95
SCHULTZ (T.P.).....	103
SCHWIERZ (C.)	78
Secours Catholique	66
Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité	18
SELTEN (R.).....	73
Sénat.....	18, 78
Sénat. Commission des Affaires Sociales	43
SENNHAUSER (M.)	84
SERMET (C.).....	80
SEVESTRE (P.).....	108
SHANKARDASS (K.).....	77
SINDELAR (J.L.)	52
SKINNER (B.J.).....	92
SKZRYERBAK (A.).....	116
SMITH (J.C.).....	94
SMITH (P.C.)	104, 110
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.)	84
SONDERHOF (K.).....	27
South-Eastern Europe Health Network	50
STORM (H.).....	46
STREET (A.).....	39
STROHL (H.)	59, 75
SUHRCKE (M.).....	64
SUN (E.C.).....	40

T

TABUTEAU (D.).....	25
TAJAHMADY (A.)	74
TATARA (K.).....	99
The Age and Employment Network (T.A.E.N.)	55
THIEBAUT (S.).....	42
THILLE (P.).....	97
THOMAS (A.)	115
TNS-Sofres.....	22
TOMASINO (A.).....	61
TOUBA (A.).....	71
TOURAINÉ (M.).....	63
TROTTMANN (M.).....	102
TUFFREAU (F.)	57
TURQUET (P.).....	24

U

UGERSON (C.)	58
ULRICH (V.).....	111
Union Fédérale des Consommateurs- Que Choisir. (U.F.C.).....	85
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles. (U.N.A.).....	59
Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.)	72
United States General Accounting Office. (G.A.O.)....	86
University of Munich	89
University of Nottingham	55
University of Oslo	59, 71, 100
University of South Florida	63
University of York.....	90, 98, 106, 110
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.).....	39, 64
University of Zurich.....	52, 84, 102
Urban Institute	94
US Census Bureau.....	94

V

VALLANCIEN (G.).....	71
VAN GINNEKEN (E.).....	101
VANOVERMEIR (S.).....	111
VAN OYEN (H.).....	111
VASSELLE (A.).....	78
VEBER (O.).....	76,77
VELTEN (B.).....	44
VENTELOU (B.).....	42,73
VERON (P.).....	61
VIDEAU (Y.).....	73
VIJAYARAGHAVAN (J.).....	92
VISIER (L.).....	114
VOISIN (J.).....	43
VRANGBAEK (K.).....	100

Z

ZAIDI (A.).....	30,67
ZANINETTI (J.M.).....	110
ZHENG (Y.).....	93
ZIEBARTH (N.R.).....	90
ZWEIFEL (P.).....	84
ZWEIMÜLLER (J.).....	52

W

WALRAET (E.).....	31
WANECQ (T.).....	30
WASEN (J.).....	78
WEI (L.).....	109
WHITEHOUSE (E.).....	30
WIESEN (D.).....	73
WILEY (M.).....	98
WILKING (N.).....	60
World Health Organization. (W.H.O.).....	49,50
WOYNAR (S.).....	88
WUNDERLICH (G.S.).....	109

Y

YEANDLE (S.).....	58
YKEZAWA (Y.).....	97

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

- ▶ **A.D.B.S. (Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation)**
25, rue Claude Tillier
75012 Paris
Tél. : 01 43 72 25 25
Fax : 01 43 72 30 41
Email : adbs@adbs.fr
<http://www.adbs.fr>

- ▶ **A.I.H.W. (Australian Institute of Health and Welfare)**
GPO Box 570
Canberra ACT 2601
Australie
Tél. : 00 61 2 6244 1000
Fax : 00 61 2 6244 1299
<http://www.aihw.gov.au/>

- ▶ **A.S.I.P. Santé (Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé)**
9 rue Georges Pitard
75015 Paris
Tél. : 01 58 45 32 50
Fax : 01 58 45 33 33
<http://www.asipsante.fr/>

- ▶ **(The) Age and Employment Network**
207-221 Pentonville Road
London N1 9UZ
Grande-Bretagne
Email: info@taen.org.uk
<http://www.taen.org.uk/>

- ▶ **Assemblée Nationale**
126, rue de l'Université
75007 Paris
Tél. : 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

B

- ▶ **Bayard Editions**
3, rue Bayard
75008 Paris
Tél. : 01 44 35 59 13
<http://www.bayardpresse.com/>

- ▶ **Belles Lettres (Les)**
25 rue du Général Leclerc
94270 Le Kremlin-Bicêtre
Tél. : 01 45 15 19 70

- ▶ **Benjamin Cummings**
Diffusion : Pearson Education
Customer Services Department
Edinburgh Gate
Harlow
CM20 2JE
Royaume-Uni
<http://www.pearsoned.co.uk/>

C

- ▶ **C.A.N.S.S.M. (Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines)**
77 avenue de Ségur
75714 Paris Cedex 15
Tél. : 01 45 66 34 00
<http://www.secumines.org/index.php>

- ▶ **C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)**
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Tél. : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.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.E.P.S. (Comité Economique des Produits de Santé)**
 8, av. de Ségur
 75350 Paris 07 SP
 Tél. : 01 40 56 73 76
 Fax : 01 43 06 72 05
<http://www.sante.gouv.fr/ceps/>
- ▶ C.E.S. (Collège des Economistes de la Santé)**
 7, rue de Citeaux
 75012 Paris
 Tél. : 01 43 45 75 65
 Fax : 01 43 45 75 67
 Email : ces2@wanadoo.fr
<http://www.ces-asso.org/>
- ▶ C.H.E. (Centre for Health Economics)**
 University of York
 York A010 5DD
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 1904 431438
 Fax : 00 44 1904 431454
<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>
- ▶ C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)**
 10, villa Bosquet
 75007 Paris
 Tél. : 01 40 56 01 49
 Fax : 01 47 34 93 27
contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>
- ▶ C.N.A.M.T.S. (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)**
 26-50, avenue du Professeur André Lemierre
 75986 Paris cedex 20
 Tél. : Standard 01 72 60 10 00
 Tél. : Service Documentation : 01 72 60 10 20
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)
- ▶ 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>
- ▶ C.O.R. (Conseil d'orientation des retraites)**
 113, rue de Grenelle
 75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>
- ▶ C.O.S.R.A. (Club de l'Observation Sociale en Rhône-Alpes)**
<http://cosra.fr/index.php>
- ▶ C.R.E.D.O.C. (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie)**
 142, rue du Chevaleret
 75013 Paris
 Tél. : 01 40 77 85 01
 Fax : 01 40 77 85 33
<http://www.credoc.fr/>
- ▶ C.R.I.C.H. (Centre for Research on Inner City Health)**
 St. Michael's Hospital
 30 Bond Street
 Toronto, Ontario
 M5B 1W8, Canada
 Tél. : 416-360-4000
<http://www.stmichaelshospital.com/crich/>
- ▶ C.S.B.E. (Commissaire à la Santé et au bien-être)**
 1020, route de l'Église, bureau 700
 Québec (Québec) G1V 3V9
 Canada
<http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=60>
- ▶ C.T.I.P. (Centre Technique des Institutions de Prévoyance)**
 10, rue Cambacérès
 75008 Paris
 Tél. : 01 42 66 68 49
 Fax : 01 42 66 64 90
<http://www.ctip.asso.fr>
- ▶ Canadian Healthcare Association / Association Médicale canadienne**
 1867, promenade Alta Vista
 Ottawa (Ontario)
 K1G 3Y6
 Canada
 Email : cmamsc@cma.ca
http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/121/la_id/2.htm

D

- ▶ **Canadian Society of Telehealth**
310 - 4 Cataraqui Street
Kingston, Ontario K7K 1Z7
Canada
cst@eventsmgt.com
<http://www.cst-sct.org/en/>

- ▶ **Center For Social Epidemiology & Population Health**
1415 Washington Heights, 3rd Floor Tower
University of Michigan
School of Public Health
Ann Arbor, MI, 48109-2029
Tél. : 734 615 9209
Fax 734 763 5706
csephwebsite@umich.edu

- ▶ **Centre d'Economie de la Sorbonne**
Maison des Sciences Économiques
106-112 boulevard de L'Hôpital
75647 Paris Cedex 13
Tél. : 01 44 07 81 00
Fax : 01 44 07 81 09
<http://mse.univ-paris1.fr/index.html>

- ▶ **Commonwealth Fund (The)**
One east 75th street
New York, NY 10021.2692
Etats-Unis
Tél. : 00 1 212 535 0400
Fax : 00 1 212 606 3500
Email : cmwf@cmwf.org
<http://www.commonwealthfund.org/>

- ▶ **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.G.T.P.E. (Direction du Trésor et de la politique Economique)**
Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi)
139, rue de Bercy, Télédéc 653
75572 Paris Cedex 12
Tél. : 01 44 87 18 51
Fax : 01 53 18 36 15

- ▶ **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
<http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital>
<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-rapports-et-publications.html>

- ▶ **D.I.W. Berlin (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung / German Institute for Economic Research)**
königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin
Allemagne
Tél. : 00 49 30 897 89 0
Fax : 00 49 30 897 89 200
<http://www.diw.de>

- ▶ **D.N.F. (Association des Droits des Non-Fumeurs)**
5 passage Thiéré
75 011 Paris
Tél. : 01 42 77 06 56
<http://dnf.asso.fr/>

- ▶ **D.O.H. (Department of Health)**
Customer services
Richmond House
79 Whitehall
London SW1A 2NS
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 020 7210 4850
Email : dhmail@dh.gsi.gov.uk
<http://www.doh.gov.uk/>

- ▶ **D.R.A.S.S. Pays de Loire (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)**

6 rue René Viviani
BP 86218
44062 Nantes cedex 2
Tél. : 02 40 12 80 00

- ▶ **D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques)**

Ministère de la Santé, Ministère des Affaires sociales
11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 56 80 68
Fax : 01 40 56 81 40
<http://www.travail.gouv.fr/>

- ▶ **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/librairies/librairie-paris.shtml>
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

- ▶ **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.F.P.I.A. (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations)**

Rue du Trône 108
B 1050 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 626 25 55
Fax : 00 32 2 626 25 66
Email : info@efpia.org
<http://www.efpia.org>

- ▶ **E.H.E.S.S. (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales- Editions)**

131, bd Saint-Michel
75005 Paris
Tél. : 01 40 46 70 80
Fax : 01 44 07 08 89
Email editions-vente@ehess.fr
<http://www.editions.ehess.fr/>

- ▶ **E.S.R.I. (Economic and Social Research Institute)**

Whitaker Square
Sir John Rogerson's Quay
Dublin 2
Tél. : (+353) 1 8632000
Fax (+353) 1 8632100
Email: admin@esri.ie
<http://www.esri.ie/>

- ▶ **Economica Editions**

Editions Techniques et Scientifiques
49, rue Héricart
75015 Paris
Tél. : 01 45 78 12 92
Fax : 01 45 75 05 67

- ▶ **Edward Elgar Publishing Limited**

Glensanda House
Montpellier Parade
Cheltenham Glos GL50 1UA UK
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1242 226934
<http://www.e-elgar.co.uk>

- ▶ **Editions Dalloz-Sirey**

31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
Tél. : 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr>

- ▶ **Editions La Découverte et Syros**

9 bis, rue Abel Hovelacques
75013 Paris
Tél. : 01 44 08 84 00
Fax : 01 44 08 84 17
Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com
<http://www.editionsladecouverte.fr>

- ▶ Editions de la DIV**
 D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)
 194 avenue du Président Wilson
 93217 Saint-Denis La Plaine
 Tél. : 01 49 17 46 18
 Fax : 01 49 17 47 01
<http://www.ville.gouv.fr/>
- ▶ Editions Harmattan (L')**
 5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique
 75005 Paris
 Tél. : 01 43 54 79 14
 Fax : 01 43 29 86 20
<http://www.editions-harmattan.fr>
- ▶ Editions Hermès/Lavoisier**
 Catalogue : <http://www.hermes-science.fr/fr/>
 Commandes : Lavoisier
 14 rue de Provigny
 94236 Cachan Cedex
 Tél. : 01 47 40 67 00
 Fax : 01 47 40 67 02
 Email : livres@lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
 Librairie : Librairie Lavoisier (magasin)
 11, rue Lavoisier
 75008 Paris
 Tél. : 01 42 65 39 95
 Fax : 01 42 65 02 46
 Email : magasin@Lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
<http://www.hermes-science.com/fr/>
- ▶ Editions Jacob-Duvernoy**
 134 rue du Bac
 75007 Paris
 Tél. : 01 42 22 63 65
- ▶ Editions de l'O.C.D.E. (Les)**
 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
<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
<http://www.turpin-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx>
 Consultation des documents : à la Documentation Française
- ▶ Editions Médecine et Hygiène**
 64, Chemin de la Mousse
 CH-1225 Chêne Bourg
 Genève
 Suisse
 Tél. : 00 41 22 869 00 11
 Email : librarie@medhyg.ch
<http://www.medecinehygiene.ch>
- ▶ Editions Odile Jacob**
 15, rue Soufflot
 75005 Paris
 Tél. : 01 46 33 27 40
<http://www.odilejacob.fr>
- ▶ Editions Pascal**
 Diffusion France :
 EDI/Auzou
 24-32, rue des Amandiers
 75020 Paris
 Tél. : 01 40 33 84 00
 Fax : 01 47 97 20 08
<http://www.editionspascal.com/dev/f/index.php>

F

- ▶ **Editions de santé**
49, rue Galilée
75116 Paris
Tél. : 01 40 70 16 15
<http://www.editionsdesante.fr/>

- ▶ **Editions Seuil (Le)**
27, rue Jacob
75261 Paris 06
Tél. : 01 40 46 50 50
Fax : 01 40 46 43 00
<http://www.seuil.com/>

- ▶ **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-masson.fr/>

- ▶ **Etats Généraux de l'Industrie**
Ministère de l'Economie de l'industrie et de l'Emploi
<http://www.industrie.gouv.fr/archive/sites-web/etats-generaux-industrie/indexc572.html?id=169>

- ▶ **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>

- ▶ **European Centre for Social welfare Policy and Research**
Berggasse 17
A-1090 Vienne
Autriche
<http://www.euro.centre.org/index.php>

- ▶ **F.C.R.S.S. (Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé)/ C.H.S.R.F. (Canadian Health Services Research Foundation)**
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Canada
Tél. : 00 1 613 7282238
Fax : 00 1 613 728 3527
<http://www.chsrf.ca>

- ▶ **F.E.H.A.P. (Fédération des Etablissements d'Hospitalisation & d'Assistance Privée)**
179 rue de Lourmel
75015 Paris
Tél. : 01 53 98 95 00
http://www.fehap.fr/home_texte/default_texte.asp

- ▶ **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
<http://www.mutualite.fr/>

- ▶ **F.N.O.R.S. (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé)**
62, bd Garibaldi
75015 Paris
Tél. : 01 56 58 52 40
Fax : 01 56 58 52 41
Email : info@fnors.org
<http://www.fnors.org>

- ▶ **Federal Reserve Board**
20th Street and Constitution Avenue, N.W.
Washington, DC 20551
Etats-Unis
<http://www.federalreserve.gov/>

- ▶ **Fondation Jean Jaurès**
12, cité Malesherbes
75009 Paris
Tél. : 01 40 23 24 00
Fax : 01 40 23 24 01
<http://www.jean-jaures.org/>

► **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>

► **Fraser Institute (The)**

Head Office
4th Floor
1770 Burrard Street
Vancouver BC
Canada V6J 3G7
Tél. : 00 1 604 688-0221
Fax: 00 1 604 688-8539
<http://www.fraserinstitute.org/>

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/>

► **Global Médical Santé**

114 Avenue Charles de Gaulle
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. : 01.55.62.68.00

► **Gualino Editeur-L'extenso**

33, rue du Mail
75081 Paris cedex 02
Tél. : 01 56 54 16 00

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
Email : contact.web@has-sante.fr
(webmaster)
Email : contact.presse@has-sante.fr
(contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr
(contact revues)
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.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)**
 C.H.E. (Centre for Health Economics)
 University of York
 York A010 5DD
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 1904 431438
 Fax : 00 44 1904 431454
<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>
- ▶ H.E.R.O. (Health Economics Research Programme)**
 University of Oslo
 Institute of Health Management and Health Economics
 P.O. Box 1089
 Blindern
 NO-0317 Oslo
 Norvège
<http://www.hero.uio.no/english.html>
- ▶ Health Consumer Powerhouse**
 Brussels office
 Rue Fossé aux Loups 34, boîte 2,
 1000 Bruxelles
 Belgique
 Tél. : 00 32 2 218 7393
 Fax : 00 32 2 218 7384
 Email : brussels@healthpowerhouse.com
<http://www.healthpowerhouse.com>
- ▶ Health Foundation**
 90 Long Acre
 London WC2E 9RA
 Tél. : 020 7257 8000
 Royaume-Uni
<http://www.health.org.uk>
- ▶ I.A.R.C./ 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/>
- ▶ I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé) / C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information)**
 495, rue Richmond, bureau 600
 Ottawa (Ontario) K2A 4H6
 Canada
 Tél. : 00 1 613 241 7860
 Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>
- ▶ I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales)**
 25-27, rue d'Astorg
 75008 Paris
 Tél. : 01 40 56 6000
 Fax : 01 40 56 6001
<http://www.cohesionsociale.gouv.fr/>
- ▶ I.M.S Health**
 91 Rue Jean Jaurès
 92800 Puteaux
 Tél. : 01 41 35 10 00
<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>
- ▶ 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.P.E.S. (Institut National de Prévention et 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

I

- ▶ I.N.S.E.R.M. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)**
 Service Editions Librairie
 101, rue de Tolbiac
 75013 Paris
 Tél. : 01 44 23 60 82
 Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)
 Fax : 01 45 85 68 56
<http://www.inserm.fr>
- ▶ 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>
- ▶ I.R.D.E.S. (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)**
 (ex CREDES)
 Service Publication-communication
 10, rue Vauvenargues
 75018 Paris
 Tél. : 01 53 93 43 17
 Fax : 01 53 93 43 50
 Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>
- ▶ I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**
 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
<http://www.iza.org/>
- ▶ Imperial College London Business school**
 South Kensington Campus
 London SW7 2AZ
 Royaume-Uni
<http://www3.imperial.ac.uk/business-school>
- ▶ Institut CSA**
 2, rue de Choiseul
 BP 6571
 75065 Paris cedex 02
 Tél. : 01 44 94 59 10
<http://www.csa-fr.com/accueil.asp>
- ▶ Institut Roche de l'Obésité**
 Groupe obésité-diabète-cardiologie
 52, Bd du parc
 92521 Neuilly sur Seine cedex
 Tél. : 01 46 40 51 03
 Fax : 01 46 40 52 83
 Email : marina.rossof@roche.com
<http://www.roche.fr/roche/fr/planete/internet/internet.jhtml?rubrique=25500004>
- ▶ Institute for Empirical Research in Economics**
 Bluemlisalpstrasse 10
 CH-8006 Zurich
 Allemagne
http://www.iew.uzh.ch/institute_en.htm
- ▶ Institute for Futures Studies**
 Hölländargatan 13
 Stockholm
 Norvège
 +46 8 402 12 13
<http://www.framtidsstudier.se/>
- ▶ Institute of public health**
 5th Floor
 Bishop's Square
 Redmond's Hill
 Dublin 2
 Irlande
<http://www.publichealth.ie/>

J

- ▶ JAI Ltd Press**
 118 Pentonville Road
 London N1 9JN
 Royaume-Uni

L

▶ **L.E.E.M. (Les Entreprises du Médicament)**

(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)

88, rue de la Faisanderie

75016 Paris

Tél. : 01 45 03 88 88

<http://www.leem.org>

▶ **L.E.E.M. Editions**

Siège social :

15 rue Rieux

92100 Boulogne-Billancourt

Email : contact@leem-services.com

<http://www.leem-services.com>

M

▶ **M.E.A. (Mannheim Research Institute for the Economic of Aging)**

L13, 17

University of Mannheim

68131 Mannheim

Allemagne

<http://www.mea.uni-mannheim.de/>

▶ **M.E.A.H. (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier)**

Ministère chargé de la santé

50, rue du Faubourg Saint-Antoine

75012 Paris

Tél. : 01 53 33 32 60

Fax : 01 53 33 32 69

Email : meah@sante.gouv.fr

<http://www.meah.sante.gouv.fr/>

▶ **M.I.N.E.F.E. (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi)**

Centre d'information

10, rue Auguste Blanqui

93186 Montreuil cedex

Tél. : 01 41 63 58 60

Fax : 01 41 63 58 76

▶ **M.R.P.A. Munich Personal RepeCH Archive**

Munich University Library

Geschwister-Scholl-Platz 1

D-80539 Munich

Allemagne

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/>

▶ **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-sports.gouv.fr/>

▶ **Maxwell School of Syracuse University**

Syracuse University

200 Eggers Hall

Syracuse NY 13244-1020

Etats-Unis

Tél. : 00 1 315 443 2252

<http://www.maxwell.syr.edu/>

▶ **Médecins du Monde**

62, rue Marcadet

75018 Paris

Tél. : 01 44 92 15 15

Email : medmonde@medecinsdumonde.org

<http://www.medecinsdumonde.org>

▶ **MedPAC (Medicare Payment Advisory Commission)**

601 New Jersey Avenue, NW

Suite 9000

Washington, DC 20001

Tél. : 202-220-3700

<http://www.medpac.gov/index.cfm>

▶ **Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports**

8, av. de Ségur

75350 Paris cedex SP

Tél. : 01 40 56 60 00

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

▶ **Ministère du Logement et de la Ville**

Est devenu : Secrétariat général du comité interministériel des villes

194, avenue du Président Wilson

93217 Saint-Denis La Plaine cedex

Tél. : 01 49 17 46 46

► **Munich Personal RepeCH Archive**

Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
<http://mpira.ub.uni-muenchen.de/>



► **O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues**

et des Toxicomanies)
3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Email : ofdt@ofdt.fr
<http://www.ofdt.fr>

► **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>

► **O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)**

Rue de l'Autonomie 4
B-1070 Bruxelles
Tél. : +32 2 525 09 35
Fax: +32 2 525 0936
Email: info@obs.euro.who.int
<http://www.euro.who.int/observatory>

► **National Academies Press**

500 Fifth Street NW
Lockbox 285
Washington, DC 20055
Etats-Unis
Tél. : 00 1 202 334 3313 (Customer service)
Fax : 00 1 202 334 2451 (Customer service)
<http://www.nap.edu/>
Distributeur en Europe :
Marston Book Services, Ltd.
Unit 160 Milton Park
PO Box 269
Abingdon, Oxfordshire OX14 4YN
Royaume-Uni
Tél. : +44 (0) 1235 465500
Fax: +44 (0) 1235 465555
<http://www.marston.co.uk/Site/Home.html>

► **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
<http://www.euro.who.int/>

► **Nova Science Publishers, Inc**

400 Oser Ave.
Suite 1600
Hauppauge NY
11788-3619 Etats-Unis
Tél. : (631)231-7269
Fax: (631)231-8175
Email: Main@novapublishers.com
<https://www.novapublishers.com/catalog/index.php>

► **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-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

► **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
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

► **O.R.S.I.F. (Observatoire régional de la Santé d'Ile-de-France)**

21-23, rue Miollis
75732 Paris cedex 15
Tél. : 01 44 42 64 70
Fax : 01 44 42 64 71
Email : ors-idf@ors-idf.org
<http://www.ors-idf.org>

► **Office des Publications Officielles des Communautés Européennes**

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
Tél. : 00 352 29 29 1
Fax: 00 352 29 29 44619
http://publications.europa.eu/index_fr.htm
Réseau d'agents de vente : http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm => France

► **Open University Press**

McGraw-Hill Education
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
SL6 2QL
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1628 502500
Fax : 00 44 1628 635895
<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

► **Oxfam International**

Suite 20
266 Banbury Road
Oxford
OX2 7DL
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1865 339100
Email : information@oxfaminternational.org
<http://www.oxfam.org>

► **Oxford University Press**

Publishing office
Great clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1865 556 767
Fax : 00 1865 556 646
Email: enquiry@oup.co.uk
<http://www.oup.co.uk/>

P

► **P.I.P.A.M.E. (Pôle Interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations Economiques)**

Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services (DGCIS)
MINEFE
Immeuble Bervil
12, rue Villiot
Télédoc DGCIS 1
75572 Paris Cedex 12
<http://www.pme.gouv.fr/index.php>

► **Palgrave Macmillan**

Palgrave Orders Department
Palgrave Macmillan
Houndmills
Basingstoke
Hampshire RG21 6XS
Royaume Uni
Tél. : 01256-302866
Fax: 01256-330688
Email: orders@palgrave.com
<http://www.palgrave.com/home/index.asp>

► **Picador**

Diffusion en Europe
Macmillan General Books
Attn. Export Department
Houndsmills, Basingstoke
Hampshire, England, RG21 6XS
Tél. : 44 1256 302716

► **Présidence de la République**

Palais de l'Elysée
55, rue du faubourg Saint-Honoré
75008 Paris
<http://www.elysee.fr/accueil/>

► **Presses de l'Ecole des Mines - ParisTech**

60, boulevard Saint-Michel
75272 Paris Cedex 06
Email : presses@ensmp.fr
<http://www.ensmp.fr/Presses/>

► **Presses de l'EHESP**

CS 74312
35043 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

R

▮ Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 83 64
Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.press@sciences-po.fr
<http://www.pressdesciencespo.fr/>

▮ Presses Universitaires Blaise Pascal

Maison des Sciences de l'Homme
4 rue Ledru
63000 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 34 68 09
Fax 04 73 34 68 12
publi.lettres@univ-bpclermont.fr
<http://www.univ-bpclermont.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/>

▮ Presses Universitaires de Grenoble

BP 47
38040 Grenoble cedex 9
Tél. : 04 76 82 56 51 - 52
Fax : 04 76 82 78 35
Email : pug@pug.fr
<http://www.pug.fr/index.asp>

▮ Presses Universitaires de Montréal

C.P. 6128
Montréal (Québec)
Canada H3C 357
<http://www.pum.umontreal.ca/>

▮ Profession Banlieue

15, rue Catulienne - 93200 Saint-Denis
Tél. : 01 48 09 26 36
Fax. : 01 48 20 73 88
profession.banlieue@wanadoo.fr
<http://www.professionbanlieue.org/>

▮ R.S.I. (Régime Social des Indépendants)

264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 77 93 00 00
<http://www.le-rsi.fr/index.php>

▮ 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
<http://www.rwi-essen.de/>

▮ 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
<http://www.rand.org>

▮ Routledge

2, Park Square
Milton Park
London EC4 P 4EE
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 20 7583 9855
Fax : 00 44 20 7842 2298
<http://www.routledge.com/>

S

▮ S.E.D.A.P. (Social and Economic Dimensions of Aging Population)

Hall, Room 426
McMaster University
Hamilton, Ontario
Canada L8S 4M4
Fax : 00 1 905 521 8232
Email: sep@mcmaster.ca
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/>

▶ **Secours Catholique**
Département Méthodes-Statistiques
106, rue du Bac
75341 Paris cedex 07
Tél. : 01 45 49 73 71
Fax : 01 45 49 94 50
Email : dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr
<http://www.secours-catholique.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
<http://www.senat.fr>

▶ **Social Science Electronic Publishing**
2171 Monroe Avenue, Suite 3
Rochester, NY 14618
Etats-Unis
<http://www.ssrn.com/>

▶ **Socioeconomic Institute**
University of Zurich
Faculty of Economics, Business Administration
and IT
Bibliothek (Working Paper)
Rämistrasse 71
CH-8006 Zürich
Tél. : +41-44-634 21 37
Fax: +41-44-634 49 82
http : www.soi.uzh.ch

▶ **Springer-Verlag Berlin**
PO-Box 14302
Heidelberger Platz 3
D-14197 Berlin
Allemagne
<http://www.springer.com>

▶ **Springer-Verlag France**
22, rue de Palestro
75002 Paris
Tél. : 01 53 00 98 60
Fax : 01 53 00 98 61
http://www.springer.com/france/home?SGWID=7-102-12-173889-0&teaserId=65075&CENTER_ID=161743

▶ **Stanford University Press**
1450 Page Mill Road
Palo Alto, CA 94304-1124
Etats-Unis
Tél. : 00 1 650 723-9434
Fax : 00 1 650 725-3457
Email : info@www.sup.org
<http://www.sup.org/>

▶ **Stata Press**
4905 Lakeway Drive
College Station
USA

T

▶ **Taylor Nelson Sofrès**
138, avenue Marx Dormoy
92129 Montrouge Cedex
Tél. : 01 40 92 66 66
Fax : 01 42 53 91 16
<http://www.tns-sofres.com/>

▶ **Trombinoscope (Le)**
114 avenue Charles de Gaulle
92522 Neuilly sur Seine cedex
Tél. : 01 55 62 68 51
Fax : 01 55 62 68 76
<http://www.trombinoscope.com>

U

▶ **U.F.C. Que choisir (Union Fédérale des Consommateurs)**
11, rue Guénot
75011 Paris
Tél. : 01 43 48 55 48
Fax : 01 43 43 44 35
<http://www.quechoisir.org/>

▶ **U.N.A. (Union Nationale de l'aide, des soins et services aux domiciles)**
108 -110 rue Saint Maur 75011 Paris
Tél. : 01 49 23 82 52
<http://www.una.fr/accueil.html>

W

▶ **UK Evaluation Forum**

Academy of Medical Sciences
10 Carlton House Terrace
London SW1Y 5AH
Tél. : +44 (0)20 7969 5288
Email : info@acmedsci.ac.uk
www.acmedsci.ac.uk

▶ **University of Oslo**

Department of Economics
P. O.Box 1095 Blindern
N-0317 OSLO Norway
Tél. : 47 22855127
email: econdep@econ.uio.no
Internet: <http://www.oekonomi.uio.no>

▶ **University of York**

Department of economics and related studies
York
YO10 5DD
Royaume-Uni
Tél. : (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

▶ **University of Munich**

Ludwig-Maximilians-Universität München
Geschwister-Scholl-Platz 1
80539 Munich
Allemagne
<http://www.en.uni-muenchen.de/index.html>

▶ **Urban Institute Press (The)**

2100 M Street N.W
Washington, DC 20037
Etats-Unis
Tél. : 202 833 7200
<http://www.urban.org/>

▶ **US Government Printing Office**

732 north Capitol
Washington DC, 20401
Etats-Unis
Fax : 202.512.2104
Email : ContactCenter@gpo.gov
<http://www.gpo.gov/>

▶ **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology**

Norwegian Institute of Public Health
P.O.Box 4404 Nydalen
0403 Oslo
Norvège
Visiting address:
Marcus Thranes gate 6,
0473 Oslo
Norvege
Tel: + 47 21 07 81 60
Fax: +47 21 07 81 46
E-mail: whocc@fhi.no

Y

▶ **Yale University Press**

PO Box 209040
New Haven, CT 06520-9040
Etats-Unis
Tél. : 00 1 203 432 0960
Fax : 00 1 203 432 0948
Ou
47 Bedford Square
London WC1B 3 DP
Royaume-Uni
Tél. : 00 20 7079 4900
<http://www.yale.edu/yup>

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

Directeur de la publication	Yann Bourgueil
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Mise en page	Franck-Séverin Clérembault
