

Quoi de neuf, Doc ?

Nov.-déc. / Nov.-Dec. 2011, n° 5

Bulletin bibliographique en économie de la santé
Service de documentation de l'Irdes

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2011NovDec.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

The bibliographic bulletin '*Quoi de neuf, Doc?*' aims to regularly inform all persons interested in health economics.

The bibliographic notices are taken from IRDES documentary base. Most of them are available for consultation on the French National library for Public Health's website, of which IRDES is one of its numerous data providers (<http://www.bdsp.tm.fr>).

The bulletin consists of:

- a table of contents in English,
- a section presenting the bibliographic notices with a thematic classification,
- an author index,
- a publisher address book.

The documents presented in this bulletin are available for consultation at IRDES documentation center (see back cover) or be ordered directly from their respective publishers (see contact information in the Publishers address book).

Requests for photocopies or scans of documents will not be answered.

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. Elles sont, pour la plupart, 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 :

- un sommaire,
- une partie présentant les notices bibliographiques classées par thèmes,
- 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 (voir dernière page de couverture) ou commandés directement auprès de l'éditeur (coordonnées disponibles dans le carnet d'adresses des éditeurs).

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

Publication de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

Irdes • 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • ISSN : 1148-2605

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
novembre-décembre 2011, n° 5

Table of contents (in English).....7

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....139

Carnet d'adresse des éditeurs.....149

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 13

Agences sanitaires	13
Gouvernance	13
Planification sanitaire	14
Politiques locales	14
Prospective	15
Réformes.....	15
Regulation.....	16
Santé mentale	16
Santé publique	17
Satisfaction des usagers	18
Sécurité sanitaire	19
Sociologie de la santé.....	21
Soins palliatifs	22
Systèmes d'information	22
Tourisme médical	23

► PROTECTION SOCIALE..... 24

Aide médicale d'Etat.....	24
Assurance maladie	25
Etudes d'ensemble	26
Minima sociaux	26
Mutualité sociale agricole	27
Politique sociale	27
Protection complémentaire	28
Retraites	30
Sécurité sociale.....	31

► PREVENTION 33

Etudes d'ensemble	33
-------------------------	----

► ECONOMIE DE LA SANTE 34

Biologie médicale.....	34
Comptes de la protection sociale	34
Comptes de la Sécurité sociale	35
Coûts de la santé	38
Dépenses de santé.....	39
Dispositifs médicaux.....	41
Etudes d'ensemble	41
Financement.....	43
Fraudes sociales	44

► ETAT DE SANTE 45

Affections de longue durée.....	45
Cancers	45
Consommation d'alcool.....	46
Enfants.....	47
Handicap	47
Maladies chroniques.....	48
Statistiques sanitaires	48
Suicides	49
Toxicomanie.....	49
Travail et santé.....	50

► PERSONNES AGEES 53

Aidants.....	53
Caisse de solidarité pour l'autonomie....	53
Dépendance.....	54
Filières de soins	58
Fragilité	58
Maltraitance	59
Santé mentale	59

Soins de longue durée.....	60	Sociologie.....	95
Soutien à domicile	61		
▮ INEGALITES DE SANTE.....	63	▮ MEDICAMENTS	96
Accès aux soins.....	63	Biosimilaires.....	96
Discrimination.....	64	Chiffres-clés.....	96
Etudiants.....	65	Comité Economique des Produits de Santé.....	97
Inégalités sociales de santé.....	65	Déremboursement.....	97
Justice sociale.....	70	Industrie pharmaceutique.....	98
Migrants.....	70	Médicaments antibiotiques.....	98
Pauvreté.....	71	Pharmacies d'officines.....	99
Renoncement aux soins.....	72	Pharmacoéconomie.....	99
		Pharmacovigilance.....	99
▮ GEOGRAPHIE DE LA SANTE.....	73	Prescription.....	102
Distances.....	73	Prix.....	102
Mobilités.....	73	Publicité.....	103
Paris.....	74	Ventes.....	104
Territoires de santé.....	74		
Villes.....	75	▮ TECHNOLOGIES MEDICALES	105
		Dossier médical personnel.....	105
▮ SOINS DE SANTE PRIMAIRES	76	Radiothérapie.....	105
Centres de santé.....	76	Téléphonie mobile.....	106
Choix des priorités.....	76		
Convention médicale.....	77	▮ SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS....	107
Démographie médicale.....	77	Autriche.....	107
Gestion de la maladie.....	78	Canada.....	107
Performance.....	79	Espagne.....	108
Pratique médicale.....	79	Etats-Unis.....	108
Relations médecin-malade.....	80	Europe.....	111
Rémunération.....	81	Grèce.....	111
Sociologie médicale.....	82	Italie.....	112
Soins intégrés.....	83	Monde.....	112
		OCDE.....	113
▮ HOPITAL	85	Royaume-Uni.....	113
Accréditation.....	85		
Centres hospitaliers universitaires.....	85	▮ PREVISION-EVALUATION	114
Hospitalisation à domicile.....	86	Innovations médicales.....	114
Hospitalisations inadéquates.....	86	Politique des handicapés.....	115
Organisation hospitalière.....	87	Politique publique.....	115
Performance.....	88	Programmes de santé.....	116
Réforme hospitalière.....	88	Recommandations.....	117
Réseaux de soins coordonnés.....	89	Télémédecine.....	118
Tarifcation hospitalière.....	90		
		▮ METHODOLOGIE-STATISTIQUE.....	119
▮ PROFESSIONS DE SANTE	92	Echantillonnage.....	119
Assistantes dentaires.....	92	Enquêtes de santé.....	119
Conditions de travail.....	92	Enquête handicap-santé.....	120
Infirmiers.....	93	Enquête SHARE.....	120
Mobilité professionnelle.....	94	Epidémiologie.....	122
Pharmaciens d'officines.....	94	Expérimentations.....	122

Modèles microéconomiques	123		
Recueils des données.....	124		
Sécurité au travail	124		
Sondages.....	125		
► DEMOGRAPHIE-MODES DE VIE	126		
Egalité homme/femme	126		
Niveau de vie.....	126		
► ECONOMIE GENERALE	127		
Crise économique.....	127		
Redistribution	127		
Sociologie du travail	128		
Travail.....	129		
		► DOCUMENTATION.....	130
		Publications numériques.....	130
		Ressources électroniques	130
		Sciences sociales	131
		Twitter	131
		► REGLEMENTATION	133
		Droits des malades	133
		Droit hospitalier	133
		Sécurité informatique	134
		Sécurité sanitaire	134
		Tarification hospitalière	135
		Télémédecine	136

Prochain numéro : fin février 2012

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
November-December 2011, n°5

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	139
Publishers address book.....	149

Bibliographic notices

HEALTH POLICY.....	13	HEALTH ECONOMICS.....	34
Health agencies	13	Medical biology.....	34
Governance	13	Social protection accounts.....	34
Health planning	14	Social security accounts	35
Local health policies.....	14	Healthcare costs	38
Forecasting.....	15	Health expenditures.....	39
Reforms.....	15	Medical devices.....	41
Regulation.....	16	Global studies.....	41
Mental health.....	16	Financing.....	43
Public Health	17	Social frauds	44
Patient satisfaction	18		
Patient safety.....	19	HEALTH STATUS.....	45
Sociology of health	21	Long term diseases	45
Palliative care.....	22	Cancers	45
Information systems.....	22	Alcohol consumption	46
Medical tourism.....	23	Child	47
		Disability	47
SOCIAL PROTECTION	24	Chronic diseases.....	48
Social security benefits.....	24	World health statistics	48
Health insurance.....	25	Suicides	49
Global studies	26	Drug addiction	49
Minima social benefits	26	Occupational health.....	50
National Health Insurance Fund for Agricultural workers.....	27		
Social policy.....	27	ELDERLY	53
Supplementary health insurance.....	28	Informal care.....	53
Pension schemes	30	National Solidarity Fund for Autonomy	53
Social security	31	Dependency.....	54
		Healthcare organisations.....	58
PREVENTION	33	Frailty	58
Global studies	33	Ill treatment	59
		Mental health	59

Long-term care.....	60	Pharmacists	94
Home care	61	Sociology.....	95
▶ HEALTH INEQUALITIES.....	63	▶ PHARMACEUTICALS	96
Healthcare accessibility	63	Biosimilars.....	96
Discrimination.....	64	Key data	96
Students.....	65	Economic Comitte for Health	
Social health inequalities.....	65	Products	97
Social justice	70	Delisting.....	97
Migrants	70	Pharmaceutical industry.....	98
Poverty	71	Antibiotics.....	98
Non take-up.....	72	Community pharmacies	99
		Pharmacoeconomy.....	99
		Drug safety.....	99
▶ GEOGRAPHY OF HEALTH	73	Prescription	102
Distances	73	Pricing	102
Mobilities	73	Advertising	103
Paris.....	74	Sales	104
Health areas	74		
Cities.....	75	▶ MEDICAL TECHNOLOGIES	105
		Medical record.....	105
▶ PRIMARY HEALTH CARE	76	Radiotherapy	105
Health centers	76	Mobile technology	106
Priorities setting	76		
Medical agreement.....	77	▶ FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS	
Medical demography.....	77	107
Disease management.....	78	Austria.....	107
Performance.....	79	Canada	107
Medical practice.....	79	Spain	108
Physician-patient relationships.....	80	United States	108
Payment.....	81	Europe	111
Medical sociology	82	Greece.....	111
Integrated care.....	83	Italy.....	112
		World.....	112
		OECD.....	113
		United Kingdom.....	113
▶ HOSPITAL.....	85		
Accreditation.....	85	▶ PREVISION-EVALUATION	114
Academic hospitals	85	Medical innovations	114
Home-based hospital.....	86	Policy for the disabled	115
Inappropriate hospitalisations.....	86	Public policy	115
Hospital organisation	87	Health programs.....	116
Performance.....	88	Recommandations.....	117
Hospital reform.....	88	Telemedicine	118
Health services networks	89		
Hospital payment system	90		
▶ HEALTH PROFESSIONS	92		
Dental assistants	92		
Working conditions	92		
Nurses	93		
Professional mobility	94		

▶ METHODOLOGY-STATISTIC	119	▶ ECONOMY	127
Sampling	119	Economic crisis	127
Health surveys	119	Redistribution.....	127
Disability health survey	120	Sociology of labor	128
SHARE survey	120	Labor	129
Epidemiology.....	122	▶ DOCUMENTATION.....	130
Experiments.....	122	Electronic publications	130
Microeconomic models	123	Electronic resources	130
Data collections.....	124	Social sciences.....	131
Safety at work	124	Twitter	131
Polls	125	▶ LAW	133
▶ DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS		Patient rights.....	133
.....	126	Hospital rights.....	133
Gender equality.....	126	Data security.....	134
Standard of living	126	Health safety.....	134
		Hospital pricing.....	135
		Telemedicine	136

Next issue: End of February 2012

Reading a notice		Comment lire une notice ?
Author(s)	LEEuw (E.J.J.)	Auteur(s)
Original title	<i>The sane revolution: health promotion: backgrounds, scope, prospects</i>	Titre original
French title	La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives	Titre français
Publisher	<i>Assen : Van Gorcum</i>	Editeur
Pagination	1989 ; 130 p. réf. Bibl.	Pagination
Language	Langue : ENG	Langue de publication
Abstract	Cet ouvrage cherche à définir de nouveaux modèles ponctuels effectués dans les pays industrialisés : États-Unis, Pays-Bas	Résumé
Internal references	Réf. 6579 ; A1100	Références internes à l'Irdes

Meaning of abbreviations

Signification des abréviations

And other authors	et al. (et alii)	et d'autres auteurs
Volume number	vol.	numéro de volume de la revue
Journal number	n°	numéro de la revue
Includes tables	tabl.	présence de tableaux
Includes charts	graph.	présence de graphique
Bibliographic references quoted at the end of text	réf.	références bibliographiques citées à la fin du texte
Bibliographic references quoted	réf. bibl.	références bibliographiques citées

Références bibliographiques

Bibliographic notices

Politique de santé/Health policy

Agences sanitaires Health agencies

47940

RAPPORT

BUR (Y.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

Les agences sanitaires : rapport d'information.

Paris : Assemblée nationale : 2011 : 88p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000393/index.shtml>

Ce rapport dresse le bilan de l'architecture des autorités sanitaires et plus largement des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé et propose des aménagements afin de l'améliorer, que ce soit par une rationalisation de son dispositif, une mutualisation de ses moyens ou la mise en place de mécanismes permettant de rétablir la confiance et de renforcer sa crédibilité, sans empiéter sur le champ d'investigation spécifique de la mission parlementaire sur le Mediator et la pharmacovigilance présidée par M. Gérard Bapt. Le député rapporteur Yves Bur émet donc 17 propositions pour rationaliser le dispositif des agences, clarifier la gouvernance, conforter l'indépendance, améliorer la transparence et l'information, renouveler l'expertise, rénover la tutelle, et étoffer le contrôle parlementaire.

Gouvernance Governance

48523

RAPPORT

SORENSEN (B.S.), ZANE (R.D.), WANTE (B.E.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. INT

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe

Gouvernance de la santé au XXIème siècle : une étude menée sous l'égide du bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011 : 94p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf

In this study, governance for health is defined as the attempts of governments or other actors to steer communities, countries or groups of countries in the pursuit of health as integral to wellbeing through both a 'whole-of-government' and a 'whole-of-society' approach. It positions health and well-being as key features of what constitutes a successful society and a vibrant economy in the 21st century and grounds policies and approaches in values such as human rights and equity. Governance for health promotes joint action of health and non-health sectors, of public and private actors and of citizens for a common interest. It requires a synergistic set of policies, many of which reside in sectors other than health as well as sectors outside of government, which must be supported by structures and mechanisms that enable collaboration. It gives strong legitimacy to health ministers and ministries and to public health agencies, to help them reach out and perform new roles in shaping policies to promote health and wellbeing.

47704

OUVRAGE

SIVEK (P.)

Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels.

Brignais : Editions Le Coudrier : 2011 : 191p.

Cote Irdes : A4208

<http://www.edition->

[lecoudrier.fr/produit/2/9782919374014/Gouvernance%20de%20la%20sante%20les%20acteurs%20institutionnels](http://www.edition-lecoudrier.fr/produit/2/9782919374014/Gouvernance%20de%20la%20sante%20les%20acteurs%20institutionnels)

AFSSAPS, ANSES, CNS, EFS, EPRUS, HAS, INCA, INPES, INVS, ... De nombreux organismes, aux sigles un peu barbares, contribuent à la politique de santé. Comment **s'y retrouver** ? Quelles sont les missions exactes des uns et des autres ? Que font-ils concrètement ? Comment est piloté le système, pourquoi a-t-il été mis en place et quel est son devenir ? Ce livre apporte une réponse à toutes ces questions. Après un rappel des éléments de contexte (histoire récente, dernières lois), il décrit le dispositif institutionnel concourant à l'élaboration, à la mise en œuvre et au contrôle des politiques sanitaires. Services de l'administration centrale, instances dédiées à la santé publique, agences et établissements publics intervenant en santé, chaque structure est présentée de façon détaillée et illustrée et fait l'objet d'une fiche signalétique rassemblant les informations essentielles. L'auteur propose ensuite une analyse du système d'agences agrémentée d'un tableau d'ensemble. Enfin, à l'heure de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, il précise le lien entre l'administration centrale et les nouvelles agences régionales de santé (4e de couverture).

Planification sanitaire

Health planning

47805

RAPPORT , INTERNET

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

Livre des plans de santé publique.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/05 : 89p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf

L'objectif du Livre des plans est d'offrir un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé.

Politiques locales

Local health policies

47997

RAPPORT

PRAZNOCZY (C.)

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

Les volets santé des Agendas 21, un levier pour les politiques locales de santé.

Paris : ORSIF : 2011 : 22p., graph., tabl., fig.

Cote Irdes : B7063

<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Agenda21.pdf>

Les politiques locales de santé peuvent **s'inscrire ou non dans une démarche initiée par l'Etat. Ainsi la santé a été** considérée comme une des priorités de la politique de la ville, avec la création des Ateliers santé ville (ASV) au sein des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs). Par ailleurs, la loi portant **réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)** prévoit que la mise en œuvre du projet régional de **santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé.** Ces contrats locaux de santé, conclus par les Agences régionales de santé (ARS), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, porteront sur les politiques

de soins et l'accompagnement médico-social, mais aussi sur la promotion de la santé et la prévention, dans une approche plus globale de la santé. Ils devront s'appuyer autant que possible sur des dispositifs existants. Parmi les dispositifs cités, on retrouve les ASV mais aussi l'Agenda 21 local (« 21 » pour le XXIème siècle), qui est un outil de planification et de promotion du développement durable. Différents volets peuvent être déclinés dans les Agendas 21, dont un volet santé. Cette note souligne les convergences de la promotion de la santé et du développement durable, qui ont des objectifs et des principes de gouvernance communs. La mise en oeuvre d'un volet santé dans un Agenda 21 local peut ainsi constituer un levier pour une politique sanitaire prenant en compte les différents déterminants (Tiré de l'introduction).

Prospective Forecasting

48406
OUVRAGE , INTERNET
EVIN (C.)

Politique de santé : répondre aux défis de demain.

Paris : Institut Diderot : 2011 : 28p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.institutdiderot.fr/wpcontent/uploads/2011/08/Politiquedesant%C3%A9.pdf>

Le secteur de la santé sera confronté dans les prochaines décennies à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé : les évolutions épidémiologiques, les transformations sociales, l'évolution des représentations, les enjeux démographiques et enfin les enjeux de financement. Comme toutes les phases de transition, la période actuelle est marquée par l'incertitude. Nous manquons parfois de visibilité, de repères et l'horizon des changements profonds qui s'annoncent requiert des capacités de souplesse et

d'adaptation, de réactivité pour mieux les accompagner (Tiré de l'introduction).

Réformes Reforms

47785
RAPPORT , INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA

Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012.

Paris : Cnamts : 2011 : 66p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.lequotidiendumedecin.fr/sites/lequotidiendumedecin.fr/files/dossier/charges_et_produits_2012.pdf

Dans son rapport « charges et produits » (dépenses et recettes) qui permet de préparer le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS 2012), l'Assurance-maladie propose au gouvernement une batterie de mesures qui permettraient, selon son calcul, d'économiser « 2,2 milliards d'euros » l'an prochain. Ces dispositions portent sur l'évolution des tarifs des médicaments et produits de santé (730 millions d'euros), la baisse de certains tarifs de professionnels (via la mise en place de forfaits) pour 170 millions, un nouveau programme de maîtrise médicalisée (500 millions d'euros), des recours contre tiers (200 millions) ou encore l'intensification de la lutte contre la fraude à l'hôpital (50 millions), la convergence tarifaire (200 millions), la performance hospitalière (200 millions) et autres mesures structurelles (150 millions).

47347

RAPPORT , INTERNET

MILHAUD (G.), HUGUIER (M.), ROSSIGNOL (C.) et al.

Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.).
Paris. FRA

Propositions pour une réforme de l'Assurance maladie.

Paris : Académie nationale de médecine :

2011/05/17 : 4p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2189>

Ce rapport présente les propositions de réforme de l'assurance maladie formulées par l'Académie nationale de médecine. Ces propositions découlent de l'état des lieux, présenté à l'Académie nationale de médecine en juin 2010. Leur objectif est d'améliorer l'efficacité de l'assurance maladie en France tout en maintenant ses grands principes de solidarité, d'humanisme, de liberté et de responsabilité. Elles portent sur les affections de longue durée (Ald), l'hospitalisation, la réorganisation du service médical des caisses d'assurance maladie, le médicament.

Regulation
Regulation

47114

OUVRAGE

DEGOS (L.)

Santé : sortir de la crise.

Paris : Editions Le Pommier : 2011 : 142p.

Cote Irdes : A4186

<http://www.amazon.fr/Sant%C3%A9-sortir-crisis-Laurent-Degos/dp/2746505274>

Notre système de santé est au seuil de crises majeures. Médecin, ancien président de la Haute Autorité de Santé, Laurent Degos analyse les bouleversements actuels : les nouvelles stratégies de l'industrie pharmaceutique et leur impact sur l'assurance maladie, la douloureuse mutation de l'hôpital, la menace que le principe de précaution fait

peser sur les avancées thérapeutiques, la mise en place chaotique du parcours personnalisé de soins, tant réclamé par le patient, tant contrecarré par l'organisation administrative... Au travers " d'affaires " emblématiques (grippe A, sang contaminé, Mediator...), il démonte, sans langue de bois, les mécanismes complexes qui risquent de faire basculer, voire s'effondrer, tout le système. Mieux vaut prévenir que guérir : la situation exige que chacun de nous sache à quoi s'attendre... et soit partie prenante des solutions à mettre en oeuvre (4e de couverture).

Santé mentale
Mental health

48620

RAPPORT , INTERNET

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

WHO Mental Health Atlas 2011.

Atlas de l'OMS sur la santé mentale 2011

Genève : OMS : 2011: 82p., tabl., carte

Cote Irdes : En ligne

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

WHO's Project Atlas is aimed at collecting, compiling, and disseminating information on global mental health resources. Atlas 2011 represents updated information from 184 WHO Member States on available resources for treatment and prevention of neuropsychiatric disorders globally, by WHO region, and by income group. Mental Health Atlas 2011 shows that mental health resources within most countries remain inadequate. Moreover, resources across regions and different income levels are substantially uneven, and in many countries resources for mental health are extremely scarce. In comparing Atlas 2005 and 2011 there is some evidence of a small gain in mental health human resources. However, these gains are largely in high and middle income countries

and not in low income countries. Results from Mental Health Atlas 2011 reinforce the urgent need to scale up resources for mental health care within countries.

Santé publique
Public Health

48207

DOCUMENT DE TRAVAIL

STRITTMATTER (A.), SUNDE (U.)
University of Saint Gallen. Department of Economics. Saint Gallen. CHE

Health and Economic Development - Evidence from the Introduction of Public Health Care

Santé et développement - évidence lors de l'introduction d'un système de santé publique

Discussion Paper ; n° 2011/32
Saint Gallen : University of Saint Gallen : 2011/08 : 53p., tabl., annexes
Cote Irdes : c. En ligne
<http://www1.vwa.unisg.ch/RePEc/usg/econwp/EWP-1132.pdf>

This paper investigates the causal effect of changes in health on economic development using a long panel of European countries. Identification is based on the particular timing of the introduction of public health care systems in different countries, which is the random outcome of a political process. We document that the introduction of public health care systems had a significant immediate effect on the dynamics of infant mortality and crude death rates. The findings suggest that a reduction in infant mortality or crude death rates exhibited a positive effect on growth in income per capita and increased population growth.

47624

OUVRAGE

BIAS (E.) / éd., SOMMERFELD (J.) / éd., SIVASANKARA KURUP (A.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE

Social determinants approaches to public health : from concept to practice.

Approches de la santé publique par les déterminants sociaux : du concept à la pratique.

Genève : OMS : 2011 : 209p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : B7043
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564137_eng.pdf

Social determinants approaches to public health: from concept to practice is a joint publication of the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights (ETH), Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), and Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR). The case studies presented in this volume cover public health programme implementation in widely varied settings, ranging from menstrual regulation in Bangladesh and suicide prevention in Canada to malaria control in Tanzania and prevention of chronic noncommunicable diseases in Vanuatu. The book does not provide a one-size-fits-all blueprint for success; rather, it analyses from different perspectives and within different contexts programmatic approaches that led to success or to failure. The final chapter synthesizes these experiences and draws the combined lessons learned. These lessons include: the need for understanding equity as a key value in public health programming and for working not only across sectors but also across health conditions.

Satisfaction des usagers
Patient satisfaction

47915

RAPPORT

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

**Mesure de l'expérience du patient.
Analyse des initiatives
internationales.**

Saint-Denis La Plaine : HAS : 2011 : 43p.

Cote Irdes : C, B7048

http://www.compaghpst.fr/images/Bibliographie/rapp_ortexperiencev2.pdf

En réaction aux enquêtes de satisfaction dont la validité apparaît parfois discutable pour mesurer de manière neutre la qualité des soins reçus, certains pays (Etats-Unis, Danemark, Norvège, Angleterre) ont développé des enquêtes fondées sur des critères issus des expériences des patients, en complément ou indépendamment de ces enquêtes de satisfaction. Ce rapport identifie et décrit les enquêtes et programmes existant relatifs à la mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients, ainsi que leurs modalités d'utilisation. Après un bref rappel historique, est décrite la méthode de revue de littérature utilisée, puis les résultats obtenus sont présentés par pays et par thèmes abordés au sein des différentes enquêtes.

47707

OUVRAGE , CONGRES

BAIL (J.N.) / coord., CHICOYE (A.) / coord., DAURES (J.P.) / coord., LEBRUN (T.) / coord., POUVOURVILLE (G. de) / coord.

Le patient a-t-il pris le pouvoir ?

10e Journée d'Économie de la santé. : Paris, 2009

Paris : John Libbey Eurotext : 2009 : 125p.

Cote Irdes : A4210

<http://www.jle.com/fr/ouvrages/e-docs/00/04/59/5F/ouvrages.md>

Chaque année, la Journée d'Économie de la Santé réunit les représentants institutionnels et universitaires les plus reconnus du domaine qui font le point sur des thématiques

fondamentales permettant de mieux comprendre les enjeux médico-économiques des systèmes de santé. Cette 10e édition a pour objectif de répondre à la question provocante : « Le patient a-t-il pris le pouvoir ? ». Dans un exposé introductif, le Professeur François Grémy montre toute la complexité et la pluridisciplinarité des questions posées autour de cette notion de pouvoir du patient. Le cadre de cette question a ensuite été fixé par trois pôles : cadre historique et émergence des associations de patients, cadre du droit des personnes malades, et enfin cadre du choix pour le patient. Sont ensuite abordés le rôle des patients dans la recherche, l'implication des patients dans les choix collectifs en santé, et le rôle des patients dans les institutions. La deuxième partie de l'ouvrage aborde l'étude de la sociologie des patients, la question de l'information des patients et de l'enjeu d'internet, et à celle du rôle des patients dans le remboursement des soins. Chacune de ces parties est suivie d'un débat qui permet d'approfondir ces sujets en toute liberté intellectuelle et scientifique. Un regard éthique est porté en conclusion de ce colloque par Patrick Vespieren, qui a souligné l'importance de la notion de confiance entre le médecin et le patient, chacun devant tenir son rôle et unir ses forces dans une alliance contre la maladie.

Sécurité sanitaire
Patient safety

47353

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

Expertise sanitaire - Rapport de synthèse.

Paris : Igas : 2011/04 : 112p.

Cote Irdes : C, B7026

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000250/0000.pdf>

Assurer la sécurité sanitaire suppose d'évaluer les risques pour la santé humaine dans de multiples domaines : médicaments, alimentation, environnement... **Tel est le rôle de l'expertise sanitaire.** Quelle est sa place dans le dispositif de sécurité sanitaire et de quelle façon l'Etat sollicite les experts ? Comment s'assurer que les avis émis résultent d'une analyse faite en toute indépendance ? L'expertise doit-elle intégrer les « parties prenantes », qu'il s'agisse d'acteurs professionnels et économiques, ou d'associations de patients, de consommateurs, de défense de l'environnement ? Le rapport de synthèse de l'IGAS répond à ces questions et formule 30 recommandations détaillées pour améliorer la qualité, la légitimité et la pertinence de l'expertise sanitaire. Il s'appuie sur les cinq rapports thématiques suivants : **Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire** ; **Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire** ; **L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire** ; **Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire** ; **Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire** (Résumé d'auteur).

47351

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire.

Paris : Igas : 2011/04 : 78p.

Cote Irdes : C, B7027

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000249/0000.pdf>

L'ouverture de l'expertise aux représentants de la société civile et la transparence sont revendiquées par plusieurs acteurs, en particulier associatifs. Des progrès dans ce domaine sont possibles afin de conforter la légitimité mais aussi la qualité de l'expertise. Les modalités de cette ouverture doivent être adaptées au cas par cas, en distinguant les deux principales « parties prenantes » : les représentants associatifs et les acteurs économiques. **Outre ce rapport, l'IGAS a diffusé un rapport de synthèse et quatre autres rapports thématiques : Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire ; Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire ; L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire ; Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire** (Résumé d'auteur).

47349

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire.

Paris : Igas : 2011/04 : 69p.

Cote Irdes : C, B7028

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000252/0000.pdf>

Plus de 8 000 experts « externes » sollicités par les organismes participent à l'expertise sanitaire et ils sont appuyés par un nombre important d'experts « internes ». La faible valorisation de l'expertise externe est un constat récurrent depuis plus de 15 ans,

confirmé par la mission. Aujourd'hui, les voies réalistes et faisables pour permettre une reconnaissance accrue de l'expertise, garantie du maintien de son attractivité, sont d'ordre professionnel et non financier. Outre ce rapport, l'IGAS a diffusé un rapport de synthèse et quatre autres rapports thématiques : **Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire ; Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire ; L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire ; Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire** (Résumé d'auteur).

47346

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire.

Paris : Igas : 2011/04 : 135p.

Cote Irdes : C, B7029

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000248/0000.pdf>

L'indépendance est la garantie de la qualité et de la légitimité d'une expertise. Celle des experts est encadrée par de nombreuses règles législatives. Il est souhaitable de les étendre – en s'inspirant d'expériences étrangères comme le « sunshine act » – mais il importe d'abord d'appliquer de façon systématique et rigoureuse les réglementations existantes. Par ailleurs, des améliorations doivent être recherchées dans le fonctionnement collectif de l'expertise : la collégialité, la diversité du profil des experts, l'expression des opinions minoritaires, la transparence conditionnent l'impartialité d'une expertise. Outre ce rapport, l'IGAS a diffusé un rapport de synthèse et quatre autres rapports thématiques : **Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire ; Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire ; Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire ; Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire** (Résumé d'auteur).

47344

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire.

Paris : Igas : 2011/04 : 175p.

Cote Irdes : C, B7030

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000251/0000.pdf>

La question posée aux experts conditionne la réponse donnée, sa qualité, son format, ses délais... De nombreux outils ont été construits afin de formaliser cette étape, essentielle, de cadrage de la demande des pouvoirs publics. **Comment l'améliorer au niveau des commanditaires – la direction générale de la santé au premier chef – mais aussi au sein des organismes qui fournissent les avis ? Des solutions opérationnelles existent, y compris dans des situations d'urgence. Outre ce rapport, l'IGAS a diffusé un rapport de synthèse et quatre autres rapports thématiques : Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire ; L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire ; Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire ; Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire** (Résumé d'auteur).

47342

RAPPORT

BAS-THERON (F.), DANIEL (C.), DURAND (N.)

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

Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire.

Paris : Igas : 2011/04 : 88p.

Cote Irdes : C, B7032

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000253/0000.pdf>

Les agences de sécurité sanitaire ont été créées pour séparer l'évaluation des risques (à travers une expertise indépendante) de leur gestion par les ministères (décision après prise en compte de considérations économiques,

sociales, politiques....). En pratique, la mise en œuvre de ce principe de séparation ne va pas sans difficultés. Certains organismes émettent des recommandations qui vont au-delà de l'évaluation des risques pour la santé, d'autres intègrent dans leurs avis des contraintes de faisabilité économique et sociale... Il en résulte des malentendus et parfois des tensions. Une clarification de la place de l'expertise apparaît donc nécessaire. Outre ce rapport, l'IGAS a diffusé un rapport de synthèse et quatre autres rapports thématiques : Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire ; L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire ; Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire ; Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire (Résumé d'auteur).

47115

OUVRAGE

SPATH (P.L.)

LEAPE (L.) / préf.

Error reduction in Health Care : a system approach to improving patient safety.

La réduction des erreurs dans les soins de santé : la sécurité des patients abordée sous l'angle du système.

San Francisco : John Wiley and Sons / Jossey-Bass : 2011 : 392p., tabl., index

Cote Irdes : A4188

http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470502401.html?cid=RSS_WILEY2_MED

Completely revised and updated, this second edition of Error Reduction in Health Care offers a step-by-step guide for implementing the recommendations of the Institute of Medicine to reduce the frequency of errors in health care services and to mitigate the impact of errors when they do occur. With contributions from noted leaders in health safety, Error Reduction in Health Care provides information on analyzing accidents and shows how systematic methods can be used to understand hazards before accidents occur. In the chapters, authors explore how to prioritize risks to accurately focus efforts in a systems redesign, including performance

measures and human factors. This expanded edition covers contemporary material on innovative patient safety topics such as applying Lean principles to reduce mistakes, opportunity analysis, deductive adverse event investigation, improving safety through collaboration with patients and families, using technology for patient safety improvements, medication safety, and high reliability organizations (4e de couverture).

Sociologie de la santé
Sociology of health

48572

OUVRAGE

GUINCHARD (P.) / dir., PETIT (J.F.) / dir.

Une société de soins : santé, travail, philosophie, politique.

Ivry-sur-Seine : Les Editions de l'Atelier ; Les Editions ouvrières : 2011 : 143p

Cote Irdes : A4255

<http://www.editionsatelier.com/index.php?ID=1016919&contID=1011897>

Le care, le soin, l'éthique de la sollicitude, de l'attention à autrui, autant de termes qui font irruption dans le débat public. Élaboré à son point de départ par des féministes impliquées dans la santé, ce courant de pensée peut-il bousculer l'ordre de la société ou n'est-il condamné qu'à soigner les plaies béantes de la société de la performance et de l'hyper-compétition de tous contre tous ? Cet ouvrage propose une vision plurielle et structurée de ce qui pourrait fonder une société du soin. Il définit les contours du care, explicite ce que cette pensée remet en cause dans la manière d'envisager l'humain avant d'examiner son impact critique et créatif dans deux lieux clés : les lieux de soins et le travail. En reliant ces approches, ce livre interroge les fondements de l'ordre économique, social et politique actuel. Sortir d'une vision, qui fait du calcul la mesure de toute chose et de la performance une raison d'être, suppose de renoncer à l'illusion d'un

individu totalement maître de sa vie et de ses choix. Construire une société du soin suppose de partir de la vulnérabilité de chacun non pour s'y complaire, mais pour grandir en humanité (4e de couverture).

Soins palliatifs
Palliative care

47623

RAPPORT

AUBRY (R.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Comité National de Suivi du Développement
des Soins Palliatifs. Paris. FRA

***Etat des lieux du développement des
soins palliatifs en France en 2010.***

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/06 : 66p.,
tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etat_des_lieux_du_developpement_des_soins_palliatifs_en_France_en_2010.pdf

Ce rapport constitue le bilan d'étape, à mi-parcours, du Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Mais il se veut également un état des lieux complet de la dynamique de développement des soins palliatifs dans les régions françaises, au plus près des réalités locales tout en conservant une approche nationale et comparative.

Systèmes d'information
Information systems

47669

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CACACE (M.), ETTTEL (S.), BRERETON (L.)
et al.

RAND Europe. Cambridge. GBR

***How health systems make available
information on service providers -
Experience in seven countries.***

*Comment les systèmes de santé rendent
accessibles les informations concernant
les services de santé. Expériences dans
sept pays.*

Technical Report; n°887

Santa Monica : Rand Corporation : 2011 : 94p., tabl.
Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR887.pdf

There is growing interest in the public release of information on the performance of healthcare providers as a means to improve the quality of care and promote transparency and accountability. Countries have made considerable investments in creating systems to make available such information. However, there is lack of systematic comparative assessment of such systems. Thus, there is a need to better understand the drivers behind and leaders of initiatives and their aims and objectives; the nature, frequency and source of information provided; their availability to and usability by the public, and, finally, whether and how these systems might have an impact on the quality of care. This report aims to contribute to filling these gaps by reviewing information systems reporting on the quality or performance of providers of healthcare ('quality information systems') in seven countries: Denmark, England, Germany, Italy, the Netherlands, Sweden and the United States. Data collection involved a review of the published and grey literature, complemented by information provided by key informants in the selected countries using a detailed questionnaire. The review highlights that as the policy context for quality reporting in

countries varies, so also does the nature and scope of quality information systems within and between countries. Systems often pursue multiple aims and objectives, which typically are: to support patient choice, to influence provider behaviour to enhance the quality of care; to strengthen transparency of the provider–commissioner relationship and the healthcare system as a whole; to hold healthcare providers and commissioners to account for the quality of care they provide and the purchasing decisions they make.

Despite the high-profile media interest and coverage, there is also a lack of hard research evidence on the role and impact of medical tourism for OECD countries. Medical tourism introduces a range of attendant risks and opportunities for patients. This report identifies the key emerging policy issues **relating to the rise of ‘medical tourism’**. The review details what is currently known about the flow of medical tourists between countries and discusses the interaction of the demand for, and supply of, medical tourism services. It highlights the different organisations and groups involved in the industry. Treatment processes (including consideration of quality, safety and risk) and system-level implications for countries of origin and destination (financial issues; equity; and the impact on providers and professionals of medical tourism) are highlighted.

Tourisme médical
Medical tourism

48465

RAPPORT

LUNT (N.), SMITH (R.), EXWORTHY (M.) et al.

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

Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review

Tourisme médical : traitements, marchés et implications pour les systèmes de santé. Une revue d'ensemble.

Paris : OCDE : 2011 : 54p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/51/11/48723982.pdf>

Protection sociale/Social protection

Aide médicale d'Etat Social security benefits

47639

RAPPORT

GOASGUEN (C.), SIRUGUE (C.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Comité
d'Evaluation et de Contrôle des Politiques
Publiques. Paris. FRA

L'évaluation de l'aide médicale d'Etat : rapport d'information.

Paris : Assemblée nationale : 2011/06 : 159p., tabl.,
ann.

Cote Irdes : B70444

[http://www.assemblee-
nationale.fr/13/dossiers/evaluation_aide_medicale_
Etat.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/evaluation_aide_medicale_Etat.asp)

Ce rapport confirme l'intérêt de l'Aide médicale d'Etat (AME), qui a fait l'objet de nombreuses polémiques et de récentes réformes législatives très controversées. Cette prise de position en faveur de l'AME rejoint en beaucoup de points celle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dans leur rapport de mission rendu public en décembre dernier. Le sujet est en effet polémique. Pendant un an, ils ont procédé à une dizaine d'auditions, à des déplacements (deux hôpitaux d'Île-de-France et deux caisses d'assurance maladie) et ont interrogé au moyen de questionnaires toutes les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le rapport constate qu'il n'y a pas d'explosion, de la consommation de soins par les bénéficiaires de cette prestation. Comme les enquêtes précédentes, les rapporteurs confirment également que les fraudes supposées n'ont rien à voir avec l'envolée des dépenses d'AME. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) les évalue en effet à moins de 0,3 % du montant des prestations. Le fantasme des innombrables ayants droit d'un même bénéficiaire est également mis à mal par les deux rapporteurs,

qui rappellent que 81 % des bénéficiaires de l'AME sont des personnes isolées et que seuls 5 % ont deux ayants droit ou davantage. La forte croissance est liée à l'envolée du nombre d'étrangers concernés et à la forte hausse des coûts des séjours hospitaliers (même constat que l'IGAS). On assiste également à une sous-estimation chronique des crédits à allouer. Mais si les députés estiment que le dispositif doit être maintenu, car il répond, selon eux, aux impératifs humanitaires et de santé publique, ils préconisent néanmoins de réformer sa gestion. Les deux députés, bien que divisés sur l'efficacité de l'introduction d'un ticket d'entrée de 30 euros, sont en revanche convaincus que ce timbre coûtera plus cher qu'il ne rapportera. Ils font un certain nombre de recommandations, pas toujours partagées, pour améliorer les modalités de gestion de l'AME. Ils suggèrent ainsi d'appliquer pour les séjours hospitaliers une tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) et de mettre en place un suivi médical en aval efficace et une première visite de prévention lors de la première année. Côté divergences, le député UMP se dit favorable à un transfert de la gestion de l'AME à un organisme d'assurance privé, préconise une enveloppe limitative annuelle et se montre ouvert à l'idée de niveaux de protection gradués. Son collègue socialiste plaide en revanche pour un assouplissement de la procédure de domiciliation des demandeurs - avec l'introduction d'une domiciliation par des tiers - et préconise l'amélioration de la couverture territoriale des lieux d'instruction des dossiers.

Assurance maladie
Health insurance

48412

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
WERDING (M.), MCLENNAN (S.)
Banque Mondiale. Washington DC. USA

International portability of health-cost coverage : concepts and experience

Transferabilité du coût de couverture maladie : concepts et expérience.

Social Protection Discussion Paper Series : 1115
Washington : Banque mondiale : 2011 : 78p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www->

wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/08/19/000386194_20110819010330/Rendered/PDF/639290WP0Healt00Box0361533B0PUBLIC0.pdf

Social insurance and other arrangements for funding health-care benefits often establish long-term relationships, effectively providing insurance against lasting changes in an individual's health status, engaging in burden-smoothing over the life cycle, and entailing additional elements of redistribution. International portability regarding this type of cover is, therefore, difficult to establish, but at the same time rather important both for the individuals affected and for the health funds involved in any instance of an international change in work place or residence. In this paper, full portability of health-cost cover is taken to mean that mobile individuals can, at a minimum, find comparable continuation of coverage under a different system and that this does not impose external costs or benefits on other members of the systems in the source and destination countries. Both of these aspects needs to be addressed in a meaningful portability framework for health systems, as lacking or incomplete portability may not only lead to significant losses in coverage for an individual who considers becoming mobile which may impede mobility that is otherwise likely to be beneficial. It may also lead to financial losses, or windfall gains, for sources

of health-cost funding which can ultimately lead to a detrimental process of risk segmentation across national health systems. Against this background, even the most advanced sets of existing portability rules, such as those agreed upon multilaterally at the EU-level or laid down in bilateral agreements on social protection, appear to be untargeted, inconsistent and therefore potentially harmful, either for migrants or for health funds operated at both ends of the migration process, and hence for other individuals who are covered there.

47941

RAPPORT

CAPDEVILLE (B.)

Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.). Paris. FRA

La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie.

Paris : Editions des journaux officiels : 2011/06 : 80p., annexes

Cote Irdes : P111/2

http://www.lecese.fr/Brochures/2011/2011_06_protection_sociale.pdf

Convaincre les citoyens, notamment les jeunes, de la pérennité du système de protection sociale est un enjeu majeur. Investissement **d'avenir pour notre collectivité, la protection sociale** est à la base du pacte social. Le Conseil Economique - Social et Environnemental (CESE) a choisi l'exemple de **l'assurance maladie, pour illustrer ce choix d'une solidarité qui conjugue qualité de l'offre et efficacité de la dépense. Il préconise d'inciter les médecins à exercer dans des zones sous dotées, de maîtriser les dépassements d'honoraires, d'optimiser l'efficacité du parcours de soins et de mieux articuler la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires. L'évolution du taux de la CSG (Contribution sociale généralisée), la mise en place d'une TVA sociale, le réexamen des exemptions et des exonérations de cotisations sociales, la création d'une taxe internationale sur les transactions financières et une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée produite par les entreprises offrent diverses pistes de financement (Résumé d'auteur).**

Etudes d'ensemble
Global studies

48466
OUVRAGE
VRANCKEN (D.)

Le nouvel ordre protectionnel : de la protection sociale à la sollicitude publique.

Lyon : Parangon/Vs : 2011 : 182p.
Cote Irdes : A4245

Certes, nos sociétés européennes offrent encore largement des régimes de protection sociale. Mais ces derniers sont traversés par des mouvements d'inflexion qui conduisent à poser l'existence d'un nouvel ordre protectionnel. Traversé par de nombreuses contradictions, ce nouvel ordre protectionnel se cherche. Il se déclinerait ainsi comme un ordre biographique qui tente de s'installer au plus près des trajectoires et des parcours de vie. Enfin, le nouvel ordre protectionnel serait d'ordre fictionnel, il se nourrirait d'images, de représentations à l'horizon desquelles viendrait désormais poindre la sollicitude (Résumé d'auteur).

Minima sociaux
Minima social benefits

48486
RAPPORT
DAUBRESSE (M.P.)
Présidence de la République. Paris. FRA

Mission présidentielle sur l'amélioration du RSA et le renforcement de son volet insertion.

Paris : La Documentation française : 2011/09 : 111p., 12 ann.
Cote Irdes : En ligne
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000560/0000.pdf>

Par lettre du 30 mars 2011, le Président de la République a missionné Marc-Philippe

Daubresse pour réfléchir sur l'amélioration du Rsa (Revenu de solidarité active) et le renforcement de son volet insertion professionnelle. Le rapport préconise d'expérimenter un contrat unique d'insertion d'une journée par semaine payé au smic pour les bénéficiaires en mesure de travailler mais aujourd'hui inactifs. Il envisage également à terme la fusion de la prime pour l'emploi et du RSA activité. Par ailleurs le rapport explore les moyens de renforcement de la lutte contre les fraudes et abus aux prestations sociales

48008
RAPPORT , INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

Du RMI au RSA : la difficile organisation de l'insertion. Constats et bonnes pratiques

Paris : Cour des comptes : 2011 : 146p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport_RMI_RSA.pdf

Après 20 années d'existence, le revenu minimum d'insertion (RMI) a été absorbé et remplacé par le revenu de solidarité active (RSA) généralisé le 1er juin 2009. La Cour avait examiné en 1995 la mise en oeuvre de la loi du 1er décembre 1981, puis présenté en 2001 de nouvelles observations sur le volet insertion de cet important dispositif de cohésion sociale. Le présent rapport est fondé sur une nouvelle enquête réalisée par 17 chambres régionales des comptes sur 24 départements, dont un en outre-mer, et par la Cour sur le Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI). Il s'attache à dresser un bilan du RMI, pour ce qui concerne l'insertion, afin d'apprécier la solidité des bases sur lesquelles le RSA s'y est substitué en application de la loi du 1er décembre 2008.

48621

FASCICULE, INTERNET

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnolet. FRA

Données chiffrées

Bagnolet : CCMSA : 2011/05 : 64p., graph., carte, tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1306167539004

[POPULATIONS DONN ES 2009.pdf](#)

Le nombre d'actifs agricoles s'élève à 1,2 million de personnes en 2009, dont 46% relève du régime des non-salariés agricoles et 54% du régime des salariés agricoles. Le nombre de ressortissants du régime agricole atteint 6,3 millions de personnes en 2009, dont 2,6 millions pour les non-salariés et 3,7 millions de personnes pour les salariés. Le nombre de personnes protégées en maladie s'élève à 1,7 million pour les non-salariés et 1,8 million pour les salariés, soit 3,5 millions de personnes au régime agricole en 2009. Le nombre de retraités du régime agricole en 2009 est de 4,3 millions de personnes: 1,8 million de personnes au régime des non-salariés agricoles et 2,5 millions de personnes au régime des salariés. Le nombre de familles bénéficiaires de la branche famille/précarité s'élève à 434 000 en 2009, pour 472 000 enfants. Toutes les données ci-dessus sont déclinées sur le plan départemental.

Mutualité sociale agricole

National Health Insurance Fund for Agricultural workers

47718

FASCICULE, INTERNET

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnolet. FRA

Les chiffres utiles de la MSA. Edition 2011.

Bagnolet : CCMSA : 2011/06 : 34p., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1308850121311_CHIFFRES_UTILES_MSA_2011_NATIONAL_.pdf

Ce document présente les principales données sur les cotisants, les bénéficiaires, le financement du régime agricole et les actions menées par la MSA (Mutualité sociale agricole) en 2010. Il est divisé en trois parties : la démographie, le financement du régime et les actions engagées par la MSA. En annexe figurent des tableaux détaillant la ventilation des effectifs en fonction du régime (non-salariés et salariés), ainsi que les définitions des mots soulignés.

Politique sociale ***Social policy***

48729

OUVRAGE

ELBAUM (M.)

Economie politique de la protection sociale.

Paris : Presses Universitaires de France : 2011 : 443p., tabl., graph., ind.

Cote Irdes : A3741 (2011)

http://www.puf.com/wiki/Quadrigue:%C3%89conomie_politique_de_la_protection_sociale

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

l'avenir nos objectifs de cohésion sociale (4e de couverture).

47635

OUVRAGE

PENAUD (P.), AMGHAR (Y.G.), BOURDAIS (J.F.) et al.

Politiques sociales.

Paris : Presses de sciences po ; Paris : Dalloz : 2011 : 756p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4205

http://www.amazon.fr/Politiques-sociales-Pascal-Penaud/dp/2247089593/ref=sr_1_4?s=books&ie=UTF8&qid=1308217337&sr=1-4

Cet ouvrage est un manuel de description et d'analyse des politiques et institutions actuelles du champ social. A la différence de la plupart des ouvrages existants, traitant séparément soit du droit du travail, parfois élargi à la formation professionnelle et aux politiques de l'emploi, soit de tout ou partie du reste des politiques sociales, il couvre l'ensemble du champ social : sécurité sociale, droit du travail, politiques de l'emploi et de la formation professionnelle, lutte contre l'exclusion et insertion, politique familiale, protection de l'enfance, politique de santé publique, offre de soins, logement, politique de la ville... Des thèmes transversaux font l'objet de développements spécifiques, afin d'éviter les " angles morts " qui peuvent résulter de découpages thématiques : inégalités, discriminations, dimension européenne des politiques sociales, démographie... Il traite de l'ensemble des thèmes qui sont au programme des épreuves de l'ENA (Ecole nationale d'administration), l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), l'EN3S (Ecole nationale de sécurité sociale), et des autres concours administratifs de catégorie A du champ sanitaire et social. Il sera aussi un outil complet pour les étudiants amenés à traiter de ces matières notamment dans les IEP (Institut d'études politiques), et pour les personnes recherchant une vision globale de ce champ.

Protection complémentaire
Supplementary health insurance

48009

RAPPORT

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

Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2010.

Paris : Fonds CMU : 2011/06 : 43p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix_contenu_2010.pdf

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit » à l'aide complémentaire santé (ACS). Elle s'inscrit dans la continuité de l'enquête 2009 sauf sur ce qui concerne le montant moyen de déduction qui connaît un bond de 17 % grâce aux mesures de revalorisations intervenues récemment et qui conduisent à la prise en charge du prix des contrats à hauteur de 60 %, contre 50 % auparavant. Le prix moyen du contrat s'établit à 782 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personnes, soit 483 € pour 1 personne) ; Le montant moyen de déduction ACS (aide légale) s'élève à 439 €, le reste à charge moyen à 344 € (il s'agit du reste à charge sur le prix du contrat) ; Ces données conduisent à un taux de reste à charge (ou pourcentage de la prime ou cotisation restant à charge) par contrat de 42 %.

47778

RAPPORT

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

Rapport d'activité 2010 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Paris : Fonds CMU ; Paris : La documentation française : 2011 : 104p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000350/0000.pdf>

Etablissement public national à caractère administratif créé par l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999, le Fonds de financement de la CMU complémentaire a pour mission première de financer le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et d'assurer la gestion de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans son rapport d'activité présenté au titre de l'année 2010, l'établissement revient sur les effets de la crise économique sur le nombre de bénéficiaires, analyse la progression des dépenses de CMU-C et de l'ACS, et fait le point sur les comptes du fonds CMU. La dernière partie du rapport est consacrée aux activités du Fonds, liées à l'analyse de l'application des dispositifs CMU et ACS dans leurs aspects économiques, sanitaires et sociaux (participation à des recherches ou la conduite d'études, etc.).

47838

RAPPORT

Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

L'activité des institutions de prévoyance en 2010.

Paris : CTIP : 2011 : 11p.+19p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Chiffres_activite_IP_2010_Vdef.pdf

<http://www.ctip.asso.fr/presse/communiqués-de-presse/2656.html>

L'activité des Institutions de prévoyance, premiers opérateurs en prévoyance collective, est en hausse de 2,5 % en 2010, avec

11,7 milliards d'euros de cotisations au titre des opérations directes. Cette progression provient pour l'essentiel du boom de l'activité en retraite supplémentaire qui augmente de 25,9 %, alors que l'activité en complémentaire santé, en croissance modérée de 1,5 %, et en prévoyance (décès, incapacité de travail et invalidité, dépendance), en léger recul de 0,7 %, ne se maintient que grâce au développement des accords de branche, qui se confirme depuis 2008. De leurs côtés, les prestations, toutes garanties confondues, sont en forte hausse de 9,1 %, à cause du contexte économique défavorable. Le report de l'âge légal de la retraite, qui contribue à l'augmentation des prestations d'incapacité et d'invalidité (+ 9,7 %), représente un coût total évalué pour les IP à près de 1,5 milliard d'euros, à répartir sur six ans. Les prestations en santé augmentent de 8 %. " Dans un contexte de reprise économique fragile marqué par une hausse des dépenses de protection sociale complémentaire, les institutions de prévoyance ont accompagné les entreprises en absorbant en grande partie l'augmentation de ces dépenses ", indique le communiqué du CTIP, avec pour conséquence une baisse de 35 % du résultat net des IP, à 728 millions d'euros. La dynamique de rapprochement entre groupes paritaires s'est poursuivie en 2011 avec la création du 3e acteur de protection sociale en France, le groupe Humanis, issu du rapprochement d'Aprionis et de Vauban Humanis. Un monstre qui couvre aujourd'hui plus de 8 millions de personnes. Dans une même logique de renforcement et de diversification des activités, les institutions de prévoyance ont renforcé le développement de partenariats avec d'autres types d'organismes assureurs. En juin 2011, le Centre technique des Institutions de prévoyance (CTIP) compte 51 institutions ou unions d'institutions membres.

47395

OUVRAGE

Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

La complémentaire santé d'entreprise.

Paris : CTIP : 2011 : 22p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ctip.asso.fr/bib/res/pages/2640C_0.pdf

Ce guide explique le fonctionnement et l'intérêt - pour l'employeur comme pour les salariés - de la complémentaire santé collective. Il permet de mieux comprendre les remboursements, grâce à des exemples concrets. Il détaille le traitement fiscal et social des contrats collectifs, ainsi que les modalités de mise en place de ces contrats.

Retraites
Pension schemes

47956

RAPPORT, INTERNET

ISSINDOU (M.), JACQUAT (D.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA

La mise en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites : rapport d'information.

Paris : Assemblée Nationale : 2011 : 78p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3629.asp>

Six mois après la publication de la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010, la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale dresse, dans ce rapport, un premier bilan de sa mise en application. Ce rapport présente les textes réglementaires publiés et les circulaires édictées pour la mise en oeuvre de ladite loi, et répertorie les mesures qui n'ont pas encore été publiées. Compte tenu des divergences d'opinion des deux rapporteurs sur le fond de la réforme, les

députés Michel Issindou et Denis Jacquat, le rapport se contente donc, pour l'essentiel, d'une présentation neutre et technique du contenu des décrets déjà publiés. La quasi-totalité des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur de la loi a été publiée dans les temps. Certaines mesures réglementaires qui sont encore en attente ne concernent que des dispositions législatives dont la date d'entrée en vigueur est plus lointaine, notamment le droit à l'information. En revanche, deux dispositions, qui concernent la pénibilité, manquent à l'appel : l'arrêté relatif aux fiches individuelles d'exposition à des conditions de travail pénibles et le décret devant fixer la composition du comité scientifique chargé « d'évaluer les conséquences de l'exposition aux facteurs de pénibilité sur l'espérance de vie avec et sans incapacité des travailleurs ». De même, le décret relatif à l'allocation équivalent retraite (AER) se fait toujours attendre (le gouvernement comptait sur les partenaires sociaux dans le cadre de la renégociation de l'assurance chômage). Enfin, le paiement des retraites le 1er du mois, adopté par un amendement voté à l'unanimité, a nécessité un rapport réclamé par Xavier Bertrand. Interrogé par les rapporteurs, le ministre s'est dit " effaré d'ailleurs du nombre de difficultés que l'on dresse en la matière " : le coût de la mesure pour l'Acoss (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) et le changement des logiciels de la CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse) qui demanderait du temps.

47377

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BEHAGHEL (L.), BLANCHET (D.), DEBRAND (T.), ROGER (M.)

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

Disability and social security reforms : the French case.

Incapacité et réformes du système de retraite : le modèle français.

NBER Working Paper Series; 17055

Cambridge : NBER : 2011/05 : 31p.

Cote Irdes : R1835

<http://www.nber.org/papers/w17055>

En France, les sorties précoces de l'emploi sont expliquées principalement par un âge légal de départ à la retraite peu élevé et par l'existence de dispositifs de sorties liés à l'assurance chômage ou à des mesures de préretraites qui permettent aux travailleurs seniors de cesser leur activité avant d'accéder à une retraite « normale ». Pour ces raisons, les dispositifs liés à l'incapacité sont assez peu développés contrairement à la situation qui règne dans des pays où les âges normaux de départs à la retraite sont élevés et où les systèmes de sorties liés au chômage ou à la préretraite sont quasiment inexistantes. Pourtant il demeure intéressant d'examiner le rôle de l'incapacité dans le processus de départ à la retraite en France, au moins d'un point de vue prospectif dans un contexte de réduction de la générosité du système de pension et des dispositifs de sortie alternatifs traditionnels. L'étude des réformes passées montre que l'incapacité est souvent un dispositif qui se substitue à d'autres dispositifs existants. Les changements dans la détermination des indemnités d'invalidité semblent plus impacter les sorties d'activités via ce dispositif que les modifications des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité. Cependant, nos résultats suggèrent que les augmentations des niveaux moyens d'état de santé pendant les dernières deux décennies sont corrélées avec une augmentation des inégalités de santé. Dans un contexte où les pensions vont devenir de moins en moins généreuses, les demandes concernant le mécanisme d'invalidité peuvent, donc augmenter pour deux raisons : suite à l'existence des effets de substitution entre les dispositifs mais également pour répondre à des inégalités de santé grandissantes (Résumé d'auteur).

Sécurité sociale Social security

48221
OUVRAGE
RYS (V.)

Reinventing social security worldwide. Back to essentials.

Réinventer la sécurité sociale dans le monde. Retourner à l'essentiel.

Bristol : The Policy Press : 2010 : 115p.
Cote Irdes : A4239

Prior to the onset of the recent financial crisis, global trends of social security in industrialised societies were indicating a progressive disengagement of the State, in favour of tax-financed measures similar to social assistance, which may fail to ensure a basic standard of living. In this timely book the author, with his life-long experience of international social security, advocates reinstating social insurance by reducing the volume of income redistribution, increasing the transparency of money flows and improving citizen information (4ème de couverture).

48170
REPERTOIRE , INTERNET
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Sécurité Sociale. Paris. FRA

Les chiffres clés de la Sécurité sociale en 2010.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 43p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_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 43 pages les principales données chiffrées 2010 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).

Prévention/Prévention

Etudes d'ensemble Global studies

48656

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

La prévention sanitaire.

Paris : Cour des Comptes : 2011 : 138p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

Réalisé à la demande de la Mission d'évaluation (MECSS) de l'Assemblée nationale, ce rapport rend compte des résultats d'une enquête sur les politiques actuelles de prévention en France. Il dresse le paysage actuel de la prévention sanitaire : gouvernance et processus de gestion des actions de prévention. Ont été notamment exclues du périmètre des travaux les problématiques spécifiques de la PMI (Protection maternelle

et infantile), de la santé au travail, de la prévention des AT-MP (Accidents du travail – maladies professionnelles) ainsi que les questions d'ordre environnemental. Ce rapport constate une dépense consacrée à la prévention mal connue, une définition perfectible des orientations et des priorités, l'insuffisance de pilotage de la politique et des acteurs de la prévention, les limites de l'évaluation de la politique de prévention sanitaire. Pour remédier aux différents problèmes identifiés, la Cour émet 10 recommandations portant essentiellement sur les aspects administratifs de la prévention sanitaire, notamment l'établissement d'un document de politique transversale sur la prévention sanitaire, et la clarification des règles d'imputation budgétaire. La MECSS pourrait conclure ses travaux sur ce thème début février 2012.

Economie de la santé/Health economics

Biologie médicale Medical biology

47567
RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

BIOLAM 2007-2009.

Paris : CNAMTS : 2011/01 : 1u., xls
Cote Irdes : C, en ligne
[http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-
et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-
2007-2009.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2007-2009.php)

Cette publication présente les statistiques
détaillées sur les actes de biologie médicale
remboursés au cours des années 2007,2008 et
2009 par le régime général en France métro-
politaine, hors sections locales mutualistes.

Comptes de la protection sociale Social protection accounts

48055
RAPPORT

CAICEDO (E.), KOUBI (M.), YANAT-IRFANE
(A.)
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

Les comptes de la protection sociale 2009.

Paris : La Documentation Française : 2011/06 :
204p., tabl., graph., ann.
Cote Irdes : C, Ac4226

En 2009, les dépenses de protection sociale
s'élèvent à 624,5 milliards d'euros. Le mon-
tant des prestations de protection
sociale en représente la plus grande

partie : 597,6 milliards d'euros. Celles-ci sont
en augmentation de 4,7 % par rapport à
l'année 2008, marquant une accélération par
rapport au rythme de la deuxième moitié de la
décennie. En raison de la baisse concomitante
du produit intérieur brut (-2,1 % en valeur), la
part des prestations de protection sociale dans
le PIB augmente sensiblement pour s'établir
à 31,3 % en 2009. Outre les dépenses relevant
des risques maladie et vieillesse-survie, qui
représentent presque les trois quarts du
montant des prestations, la croissance des
dépenses est tirée par la forte hausse du
chômage et la généralisation du Revenu de
solidarité active (RSA). La crise économique
affecte surtout les ressources de la protection
sociale : leur croissance est fortement ralentie
(+0,7 % en 2009) mais elle reste néanmoins
supérieure à celle des administrations
publiques qui sont, pour leur part, en forte
diminution. Tant les cotisations sociales,
essentiellement assises sur la masse salariale,
que les impôts et taxes affectés à la protection
sociale sont touchés par ce ralentissement.
Les soldes comptables des régimes
d'assurances sociales se dégradent aussi très
fortement. En 2008, les dépenses (hors
transferts) liées à la protection sociale s'élèvent
à 598,1 milliards d'euros. Le montant des
prestations de protection sociale en représente
la plus grande partie : 570,4 milliards d'euros,
soit une augmentation de 3,7 % par rapport à
l'année 2007. Cette croissance, bien qu'en
ralentissement par rapport à l'année
précédente, est plus élevée que celle de
l'économie française, de sorte que la part des
prestations de protection sociale dans le Pib
augmente pour s'établir à 29,3 % en 2008. Le
ralentissement de la croissance des prestations
concerne presque tous les risques hormis le
risque logement. Le montant des prestations
versées par les régimes d'assurances sociales
au titre du risque maladie est en hausse
de 3,2 % par rapport à l'année 2007, celui du
risque vieillesse-survie de 5,1 %. Les ressources
(hors transferts) de l'ensemble des régimes

de protection sociale progressent de 3,7 % **par rapport à l'année 2007**. Ces ressources continuent par ailleurs à se diversifier. Les **dépenses des régimes d'intervention des pouvoirs publics**, État et collectivités locales, représentent 10,8 % des dépenses totales de prestations de protection sociale (+1,6 % en rythme annuel en 2008) (4e de couverture).

47560

RAPPORT, INTERNET

Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction Publique. Paris. FRA, Ministère du Budget des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat. Paris. FRA, 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

Comptes de la protection sociale en 2009.

Paris : DREES : 2010 : 153p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.sante.gouv.fr/comptes-de-la-protection-sociale-en-2009.html>

En 2009, les dépenses de protection sociale s'élevaient à 624,5 milliards d'euros. Le montant des prestations de protection sociale en représente la plus grande partie : 597,6 milliards d'euros. Celles-ci sont en augmentation de 4,7 % par rapport à l'année 2008, marquant une accélération par rapport au rythme de la deuxième moitié de la décennie. En raison de la baisse concomitante du produit intérieur brut (-2,1 % en valeur), la part des prestations de protection sociale dans le PIB augmente sensiblement pour s'établir à 31,3 % en 2009. Outre les dépenses relevant des risques maladie et vieillesse-survie, qui représentent presque les trois quarts du montant des prestations, la croissance des dépenses est tirée par la forte hausse du chômage et la généralisation du Revenu de solidarité active (RSA). La crise économique affecte surtout les ressources de la protection sociale : leur croissance est fortement ralentie (+0,7 % en 2009) mais elle reste néanmoins supérieure à celle des administrations publiques qui sont, pour leur part, en forte diminution. Tant les cotisations sociales, essentiellement assises sur la masse salariale,

que les impôts et taxes affectés à la protection sociale sont touchés par ce ralentissement.

Comptes de la Sécurité sociale **Social security accounts**

48461

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement.

Paris : Cour des Comptes : 2011/09 : 547., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-26.html>

Le rapport annuel de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale 2010 montre que la situation **s'est encore dégradée** en 2010 avec un déficit record de 29,8 Md€. **Ce déficit a été multiplié par 3 en deux ans (-8,9 Md€ en 2008)**. Pour le seul régime général, le déficit atteint 23,9 Md€ (-20,3 Md€ en 2009). La Cour des comptes **estime que « l'effort accru de rétablissement des comptes doit par priorité concerner l'Assurance maladie, dont le déficit représente près de la moitié de celui du régime général. » Si elle reconnaît que l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie a été respecté en 2010, elle considère que l'atteinte de cet objectif n'est pas uniquement due à un « pilotage plus fin et plus ferme de la dépense », mais également à des facteurs circonstanciels. C'est pourquoi elle demande que les efforts soient amplifiés pour répondre à un ONDAM plus serré.** Le premier poste sur lequel la Cour recommande des actions est le médicament. Elle estime que les dépenses de médicaments sont structurellement élevées en France. Ainsi, en 2009, les Français ont dépensé 36 Md€ en médicaments (27,1 Md€ de médicaments remboursables dispensés en ville, 3,1 Md€ de médicaments non remboursables également dispensés en ville, et 5,7 Md€ de médicaments délivrés à l'hôpital), soit une augmentation de 18 % en 5 ans. Cette progression est notamment due

à une augmentation des prix moyens de vente. La Cour pointe du doigt la « politique d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureuse ». Elle émet plusieurs recommandations pour améliorer le dispositif. **D'autres préconisations** concernent la tarification à l'activité qui devrait bien davantage dynamiser la gestion des établissements grâce à une meilleure connaissance des éléments de sous-compétitivité et une limitation de la croissance des dotations forfaitaires.

47826
RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2010.

Paris : Cour des comptes : 2011 : 173p., tabl.
Cote Irdes : B7065
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RCCSS/Rapport_certification_securite_sociale_exercice_2010.pdf

Ce rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2010 constitue le cinquième exercice pour lequel la Cour des comptes accomplit la mission annuelle qui lui a été confiée par la loi organique du 2 août 2005. La Cour a pris position sur neuf comptes : les cinq comptes combinés des branches et les quatre comptes des caisses et agences nationales concernées (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS). Les positions de la Cour sur les comptes 2010 témoignent des résultats et des progrès accomplis sur la voie d'une meilleure maîtrise des risques d'anomalies et d'erreurs susceptibles d'affecter les comptes du régime général de la Sécurité sociale. La certification, avec réserves, des comptes de la branche retraite et de la CNAVTS pour l'exercice 2010 en témoigne (une certification refusée en 2008 et 2009), de même que les progrès constatés pour cette année dans l'audit des comptes de l'activité de recouvrement. Formulant neuf réserves sur les comptes combinés et trois sur les comptes de l'ACOSS, l'opinion de la Cour traduit cependant la

persistance de certaines difficultés comptables mais surtout d'insuffisances du contrôle interne. L'an dernier, la Cour avait pour la première fois estimé possible de certifier avec réserves les comptes de la branche Famille et de la CNAF. Elle a reconduit son appréciation pour l'exercice 2010, assortie de cinq réserves sur les comptes combinés et trois pour les comptes de la CNAF. Elle prend acte des améliorations constatées en matière d'estimation des charges à rattacher à l'exercice et des modalités d'estimation des provisions pour rappels ou pour créances sur les assurés. Toutefois la Cour reste toujours confrontée à des insuffisances substantielles notamment en matière de contrôle interne ainsi qu'en matière de validation des développements informatiques. La certification des comptes de la branche maladie est assortie de six réserves et d'une réserve pour la CNAMTS. La Cour a constaté la présence de zones de risque encore non couvertes par des dispositifs de contrôle interne appropriés, d'anomalies et d'erreurs en matière de prestations en nature, en matière de règlements aux hôpitaux et aux établissements d'accueil pour handicapés. La sécurisation des opérations exécutées par les mutuelles reste également à parfaire. En revanche, les difficultés persistantes de la branche AT-MP (Accidents du travail – maladies professionnelles), notamment en ce qui concerne les insuffisances du contrôle interne quant aux ressources issues des cotisations des employés, résultant de défaillances cumulées de la branche et de l'activité de recouvrement, motivent le refus de la Cour de certifier ses comptes pour l'exercice 2010.

47705

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (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 2010, prévisions 2011.***

Paris : Commission des Comptes de la Sécurité
sociale : 2011/06 : 265p.

Cote Irdes : B7054

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000543/index.shtml>

La Commission des comptes de la Sécurité sociale présente, dans ce rapport, les résultats 2010 et les nouvelles prévisions pour 2011 du régime général. En 2010, le **déficit du régime général s'établit à 23,9 Md€**, en amélioration de 0,9 Md€ par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Le solde du Fonds de solidarité vieillesse est de -4,1 Md€, en amélioration de 0,2 Md€ par rapport aux prévisions de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité sociale) 2011. Par rapport au déficit prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (-30,5 Md€), le déficit du régime général a été réduit de 6,6 Md€. Cette amélioration résulte : de meilleures rentrées de cotisations sociales liées à une progression de la masse salariale de +2,0 %, contre une prévision initiale de -0,4 % ; une stricte maîtrise des dépenses. En particulier, pour la première fois depuis que le **Parlement fixe chaque année l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**, la progression constatée des dépenses d'assurance maladie est conforme à l'objectif fixé (+3,0 %). Pour 2011, le déficit du régime général est également revu à la baisse. Il serait de 19,5 Md€, en amélioration de 1,4 Md€ par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

48468

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (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 2010 - Prévisions 2011 et
2012. Tome 1.***

Paris : Commission des comptes de la Sécurité
sociale : 2011/09 : 236p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome1.pdf

La Commission propose une actualisation détaillée des données concernant le régime général de la sécurité sociale. Le rapport constate notamment une aggravation du déficit **de l'ensemble du régime général, qui commence cependant à diminuer en 2011**, mais reste très élevé. Des éclairages maladie sont proposés : le bilan 2010 **des mesures d'économie dans le domaine du médicament, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la dynamique des dépenses d'indemnités journalières, et la sous-déclaration des dépenses AT-MP (Accidents du travail – maladies professionnelles)**. L'éclairage retraite est consacré à l'évolution de l'emploi des seniors depuis 1975.

48469

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (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 2010 - Prévisions 2011 et
2012. Tome 2.***

Paris : Commission des comptes de la Sécurité
sociale : 2011/09 : 207p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome2.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 2010, 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.

Coûts de la santé
Healthcare costs

48206

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL

VANDOROS (S.), CARMAN (K.G.)
London School of Economics and Political
Science. (L.S.E.). Londres. GBR

***Demand and Pricing of Preventative
Healthcare.***

*Demande et prix des soins de santé
préventifs.*

LSE Health Working Paper : 23
London : London School of Economics and Political
Science : 2011/05 : 31p.
Cote Irdes : En ligne
<http://eprints.lse.ac.uk/37159/1/LSEHWP23.pdf>

This study introduces a theoretical framework for the economics of preventative healthcare. Mathematical models are used to explain how the price and utilization of prevention change depending on demand, as well as factors such as the price of a cure, the probability of illness, the efficacy of treatment, the probability of illness and cost functions. Different models are developed depending on the presence and level of health insurance and competition in preventative healthcare markets. Findings show the effect of various factors on the price of preventative healthcare, reveal the marginal effects of a change in the parameters on prices and suggest that under certain circumstances prevention is not the optimal choice. This paper sets out a simple model to compare prices of preventative care across various regimes. In an environment of rising health costs, prevention is very important as it decreases the likelihood of need to cure illnesses in the future. However, prevention is not always the best solution, as costs may be too high compared to cure and disutility of illness, taking into account the probability of

illness, while depending on the source of demand and the level of insurance cover, quantities of prevention purchased and the number of people covered may differ significantly.

47763

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

KUHN (A.), LALIVE (R.), ZWEIMULLER (J.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

The Public Health Costs of Job loss.

Les coût santé de la perte d'emploi.

IZA Working Paper : 4355
Bonn : IZA : 2009/08 : 42p., tabl., graph. fig.
Cote Irdes : En ligne

Its paper studies the short-run effect of involuntary job loss on comprehensive measures of public health costs. It focuses 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. The 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. The central findings are: overall expenditures on medical treatments (hospitalizations, drug prescriptions, doctor visits) are not strongly affected by job displacement; 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 sickness benefits strongly increase due to job loss.

47363

OUVRAGE

COHEN (D.R.), HENDERSON (J.B.)

Health, prevention and economics.

Santé, prévention et économie.

Oxford : Oxford University Press : 1991 : 175p., tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4194
<http://www.highbeam.com/doc/1G1-15698887.html>

This book provides a comprehensive overview of the economics of prevention. The subject should be very stimulating to health economics professionals and scholars. However, the literature review style of presentation makes the book less sharp than it could have been. The book assumes no prior knowledge of economics (chapter 1 has a section titled "What Is Economics?") in order to target a broad audience. As a consequence, the treatment of the different topics is somewhat sketchy. Readers may have to supplement the book with the original articles listed in the references.

Dépenses de santé
Health expenditures

47752

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

KNOEF (M.), KOOREMAN (P.), BAARS (E.W.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

***Patients Whose GP Knows
Complementary Medicine Tend to
Have Lower Costs and Live Longer***

*Les patients qui consultent des médecins
généralistes formés aux médecines
alternatives ont tendance à dépenser
moins et vivre plus longtemps.*

IZA Discussion Paper ; 5753
Bonn : IZA : 2011 : 18p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp5753.pdf>

Health economists have largely ignored complementary and alternative medicine (CAM) as an area of research, although both

clinical experiences and several empirical studies suggest cost-effectiveness of CAM. The objective of this paper is to explore the cost-effectiveness of CAM compared to conventional medicine. A data set from a Dutch health insurer was used containing quarterly information on healthcare costs (care by general practitioner (GP), hospital care, pharmaceutical care, and paramedic care), dates of birth and death, gender and 6-digit postcode of all approximately 150,000 insurees, for the years 2006-2009. Data from 1913 conventional GPs were compared to data from 79 GPs with additional CAM training in acupuncture (25), homeopathy (28) and anthroposophic medicine (26). Patients whose GP has additional CAM training have 0 to 30 percent lower healthcare costs and mortality rates, depending on age groups and type of CAM. The lower costs result from fewer hospital stays and fewer prescription drugs. Since the differences are obtained while controlling for confounders including neighborhood specific fixed effects at a highly detailed level, the lower costs and longer lives are unlikely to be related to differences in socio-economic status. Possible explanations include selection (e.g. people with a low taste for medical interventions might be more likely to choose CAM) and better practices (e.g. less overtreatment, more focus on preventive and curative health promotion) by GPs with knowledge of complementary medicine. More controlled studies (replication studies, research based on more comprehensive data, cost-effectiveness studies on CAM for specific diagnostic categories) are indicated.

47683

RAPPORT

DUSSILLOL (G.), ROCHE (J.), RABILLE (E.)
Institut Thomas More. Paris. FRA

163 milliards de plus... Analyse comparative de la dépense publique en France et en Allemagne.

Note de benchmarking; 6

Paris : Institut Thomas More : 2011 : 46p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.institut-thomas-more.org/upload/media/notebenchmarkingtm-financepubliquesfrall.pdf>

Rapporté à son PIB, la France « consomme » 163 milliards d'euros de plus de dépenses publiques par an que l'Allemagne. Tel est le point de départ, spectaculaire, de la présente étude. Intrigués par le refrain de la « convergence franco-allemande » que font entendre depuis plusieurs mois les responsables politiques français – convergence fiscale, voire sociale, dans l'esprit de la plupart d'entre eux –, nous avons voulu les prendre au mot. « Convergence franco-allemande », chiche... Mais si l'on commençait par la « convergence budgétaire » ? Et si nous faisons converger d'abord la remise en ordre de nos finances publiques ? N'est-ce pas cela que le « modèle allemand » a de meilleur à nous apporter ? Partant du constat qu'on vient d'indiquer – 163 milliards d'euros de dépenses publiques en plus –, nous ne prétendons pas affirmer que la France peut – et doit – couper, en suivant aveuglement le modèle allemand, 163 milliards de ses dépenses... Mais dans la mesure où on ne peut raisonnablement affirmer que l'État allemand rend à ses concitoyens un service significativement moins bon que l'État français, il nous est apparu qu'il était possible d'identifier secteur par secteur des poches d'économies substantielles. C'est l'objet des pages qu'on va lire. Pour se faire, nous avons exploré 5 thèmes : santé, protection vieillesse, éducation, logement et fonction publique (Résumé des éditeurs).

48485

RAPPORT

Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.) -
Que Choisir. Paris. FRA

Coût de la santé pour les ménages : Vers la démutualisation des populations fragiles ?

Paris : UFC-Que Choisir ? : 2011/09 : 28p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/assurance-maladie/etude-cout-de-la-sante-pour-les-menages-vers-la-demutualisation-des-populations-fragiles>

En 2010, ce ne sont pas moins de 41,9 milliards d'euros que les ménages ont dépensé pour se soigner, équivalent au quart de la consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses de santé à la charge des ménages connaissent une croissance rapide, deux fois supérieure à l'évolution des revenus depuis 2006. Alors que les usagers ont vu leurs dépenses croître de 6,7 milliards d'euros ces cinq dernières années, l'UFC – Que Choisir s'interroge sur la viabilité d'un système qui entretient structurellement cette augmentation. Ainsi, qu'il s'agisse des transferts de charges de l'assurance maladie vers les ménages, de l'absence de régulation des dépassements d'honoraires, ou d'une fiscalité continument alourdie sur les complémentaires santé (multipliée par 7 entre 2005 et 2011) qui couvrent 94 % de la population, les pouvoirs publics contribuent largement à l'explosion du coût de la santé pour les usagers. Mais, ils ne sont pas les seuls responsables... Les organismes complémentaires santé, dont les cotisations représentent 60 % des dépenses de santé des Français, sont également à l'origine de ces hausses de tarifs, à travers des frais qui semblent hors de contrôle. Ainsi, en 2009, alors que les organismes complémentaires ont versé 24,3 milliards d'euros de prestations, ils ont exposé les consommateurs à 7 milliards d'euros de frais de fonctionnement. Ceux-ci ont représenté près de 22 % des cotisations. Dans ce contexte, l'UFC-Que Choisir, attentive à l'évolution du coût de la santé et à l'accessibilité financière des complémentaires santé, prérequis pour l'accès au soin, a souhaité cibler

son étude sur les seniors, population exposée à des actes de soins plus fréquents, et dont le **taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé** est deux fois et demi supérieur à celui de la population générale.

48693

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

ADEMA (W.), FRON (P.), LADAIQUE (M.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economique. (O.C.D.E.).
Directorate for Employment - Labour and
Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Is the European Welfare State really more expensive ?

L'Etat Providence européen est-il vraiment plus coûteux ?

OECD Social - Employment and Migration Working
Papers ; 124

Paris : OCDE : 2011 : 129p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/48/61/48960902.pdf>

This paper first presents information on trends and composition of social expenditure as in the OECD Social Expenditure database for the years 1980 – 2007 as well as estimates from 2008 – 2012.

Dispositifs médicaux *Medical devices*

48392

RAPPORT, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

LPP'AM 2006-2010.

Paris : CNAMTS : 2011/06 : 1u.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/liste-des-produits-et-prestations-lpp.php>

L'étude présente des informations détaillées sur les dispositifs médicaux remboursés au cours des années 2006 à 2010 (Régime

Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

47566

RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

LPP'AM 2006-2009.

Paris : CNAMTS : 2011/01 : 1u., xls

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medic-am-gene-ric-am-biolam-lpp-am/lpp-am-2006-2009.php>

Cette publication présente les statistiques détaillées sur les dispositifs médicaux remboursés au cours des années 2006 à 2009 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Etudes d'ensemble *Global studies*

48730

OUVRAGE

WILLIAMS (I.), ROBINSON (S.), DICKINSON
(H.)

Rationing in health care : the theory and practice of priority setting.

Le rationnement des soins de santé : la théorie et la pratique des choix de priorité.

Bristol : The Policy Press : 2011 : 7p.+159p., tabl.,
index

Cote Irdes : A4272

<http://www.policypress.co.uk/display.asp?ISB=9781847427748&>

The challenges faced by those rationing scarce health care resources have intensified following the economic downturn. This book tackles this challenge by exploring the latest thinking and practice on priority setting methods. In an accessible style the book brings together theories, practice and evidence from a wide range of disciplines and

provides practical, evidence-based prescriptions for decision makers. It will be of interest to all health care managers and students of health care policy and management (4e de couverture).

48571

OUVRAGE

FUCHS (V.R.)

Who shall live ? Health, Economics and social choice.

Qui vivra ? Santé, économie et choix social.

New Jersey : World Scientific Publishing : 2011 :
30p. + 345p., index

Cote Irdes : A2363 (2011)

<http://www.amazon.com/Health-Economics-Economic-Leading-Century/dp/9810241836>

Dans cet ouvrage de référence, le professeur américain Victor Fuchs de l'Université de Stanford dresse un état des lieux des forces et des limites de l'économie de la santé, et à partir de sa propre connaissance des institutions sanitaires, il tente d'aider les lecteurs à comprendre les problèmes que rencontrent actuellement les nations à allouer des ressources sanitaires de façon efficiente et équitable. Le texte original de ce livre date de 1974. L'édition de 1998 était augmentée de six contributions complémentaires, qui traitaient du système national d'assurance maladie, de la pauvreté et de la santé aux Etats-Unis. Cette nouvelle édition constitue une mise à jour de l'ensemble de ces problématiques. Elle introduit de nouvelles réflexions, notamment sur l'économie du vieillissement.

The Oxford Handbook of Health Economics provides an accessible and authoritative guide to health economics, intended for scholars and students in the field, as well as those in adjacent disciplines including health policy and clinical medicine. The chapters stress the direct impact of health economics reasoning on policy and practice, offering readers an introduction to the potential reach of the discipline. Contributions come from internationally-recognized leaders in health economics and reflect the worldwide reach of the discipline. Authoritative, but non-technical, the chapters place great emphasis on the connections between theory and policy-making, and develop the contributions of health economics to problems arising in a variety of institutional contexts, from primary care to the operations of health insurers. The volume addresses policy concerns relevant to health systems in both developed and developing countries. It takes a broad perspective, with relevance to systems with single or multi-payer health insurance arrangements, and to those relying predominantly on user charges ; contributions are also included that focus both on medical care and on non-medical factors that affect health. Each chapter provides a succinct summary of the current state of economic thinking in a given area, as well as the author's unique perspective on issues that remain open to debate. The volume presents a view of health economics as a vibrant and continually advancing field, highlighting ongoing challenges and pointing to new directions for further progress. (4e de couverture).

48216

OUVRAGE

GLIED (S.) / éd., SMITH (P.C.) / éd.

The Oxford Handbook of Health Economics.

Le manuel Oxford d'économie de la santé.

Oxford : Oxford University Press : 2011 :
24p.+967p., index

Cote Irdes : B7067

<http://ukcatalogue.oup.com/product/9780199238828.do?keyword=the+oxford+handbook+of+health+economics&sortBy=bestMatches>

Financement
Financing

48723

RAPPORT

BUR (Y.), DOOR (J.P.), JACQUAT (D.),
POLETTI (B.), CLERGEAU (M.F.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011.

Paris : Assemblée nationale : 2011 : 69p., tabl., ann
Cote Irdes : En ligne
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3799.pdf>

Sur les 107 articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, seuls trente-cinq appelaient la publication d'au moins un texte réglementaire d'application (qu'il s'agisse d'un décret en Conseil d'État, d'un décret simple ou d'un arrêté) ou d'une convention. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des soixante-douze articles restants ne doivent pas pour autant être perdus de vue, car l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en œuvre effective d'une disposition. Cela étant, au 12 octobre 2011, soit plus de dix mois après la publication de la loi, sur les trente-cinq articles exigeant la publication de textes d'application : – treize n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ; – un a fait l'objet d'une application partielle ; – vingt-et-un ont fait l'objet d'une application complète.

48220

OUVRAGE

PAOLUCCI (F.)

Health care financing and insurance. Options for design.

Financement et assurance des soins de santé. Options pour la conception.

Berlin : Springer : 2011 : 115p.
Cote Irdes : A4238

As a contribution to the search for suitable and sustainable solutions to finance rising medical care expenditures, the book proposes a typology of healthcare financing and insurance schemes, based on the dimensions of basic vs. supplementary services and mandatory vs. voluntary coverage, to analyse the design and the complex interactions between various financing and insurance arrangements in several OECD countries. This study provides a better understanding of the strengths and weaknesses of the financial and organisational structures of different countries' healthcare financing and insurance schemes. Its main contributions are the development of a novel and rigorous theoretical framework analysing the economic rationales for the optimal design of healthcare financing and insurance schemes, and an empirical and institutional analysis investigating the consequences for efficiency and affordability of the complex interactions between basic and supplementary sources of financing (4ème de couverture).

47756

COMMUNICATION

ANDERSON (G.)

Organisation de Coopération et de Développement Economique. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi du Travail et des Affaires Sociales. Paris. INT

The challenge of financing care for individuals with multimorbidity : rocket science or child rearing ?

Le défi du financement des soins pour des individus polypathologiques : une science complexe ou une science humaine ?

OECD 50th Anniversary. Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities

Paris : OCDE : 24p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA%282011%2915&docLanguage=En>

The purpose of this paper is to describe how governments can think about policies for financing health and social care for populations with multimorbidity. Financing and financing systems are tools for delivering

care that will produce desired outcomes. The paper first provides a broad overview of what we know and do not know about the demographic and epidemiological forces that drive this challenge. From there the paper goes on to suggest a way that we can look at this challenge and to point out that the way we view the nature of the problem in many ways dictates what we see as the solution.

le régime agricole et 6 millions pour le régime des indépendants. Le taux de récupération des montants fraudés détectés est connu pour la branche famille : environ 90 %. La fraude totale est beaucoup plus importante mais par nature difficile à évaluer.

Fraudes sociales

Social frauds

47839

RAPPORT ; INTERNET

TIAN (D.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

La lutte contre la fraude sociale : Rapport d'information.

Paris : Assemblée nationale : 2011 : 453p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3603.pdf>

Les fraudes à la Sécurité sociale détectées en 2010 ont représenté 458 millions d'euros. Tel est le bilan présenté par le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) sur le thème de la fraude sociale. C'est 19 % de plus qu'en 2009 et le double de 2006. Ce qui ne signifie pas que la fraude totale a augmenté dans la même proportion, mais plutôt que les contrôles sont devenus plus efficaces. Par ordre d'importance, la fraude aux cotisations sociales représente plus de 40 % des montants détectés (185 millions), devant la fraude aux prestations de l'assurance maladie (156 millions), avec un tiers des sommes détectées, et la fraude aux prestations versées par la branche famille (20 % - 90 millions). Pour la branche retraite, les fraudes détectées restent faibles - 10 millions d'euros -, mais elles progressent fortement. Enfin, ajoutons les 9 millions pour

Etat de santé/Health status

Affections de longue durée Long term diseases

47939

RAPPORT

UHRYS (Z.), REMONTET (L.), GROSCLAUDE (P.) et al.
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Saint-Maurice. FRA

Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers - Période 1997-2009.

Saint-Maurice : INVS : 2011 : 42p., tabl.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Tendances-recentes-des-donnees-d-affections-de-longue-duree-interet-pour-la-surveillance-nationale-de-l-incidence-des-cancers>

Cette étude présente les évolutions nationales du taux de mise en affection de longue durée (ALD) des Caisses d'Assurance maladie de 1997 à 2009 pour 24 localisations cancéreuses. Ces données doivent être utilisées avec prudence car elles peuvent être affectées par des évolutions réglementaires ou par une évolution de la fréquence des demandes d'ALD parmi les personnes atteintes d'un nouveau cancer. Les évolutions ont été comparées à celles des taux d'incidence, estimés à partir des données des registres départementaux des cancers et de données de mortalité nationales. Les estimations d'incidence reposaient sur des données observées jusqu'en 2005 et un modèle de projection au-delà. L'étude avait pour objectifs : 1. de vérifier la cohérence des évolutions des taux de mises en ALD et des taux d'incidence jusqu'en 2005 ; 2. d'identifier les ruptures de tendances récentes des taux de mise en ALD. Sur la période d'observation de l'incidence, les évolutions des taux de mises en ALD et d'incidence étaient relativement similaires, sauf pour les mélanomes, les

cancers de la vessie et du larynx. Elles divergeaient légèrement toutefois pour quelques autres localisations de cancer. Les taux de mise en ALD présentaient des ruptures de tendances récentes pour les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde, après plusieurs années de croissance soutenue. Concernant les cancers du sein et de la prostate, ces évolutions sont cohérentes avec les connaissances épidémiologiques ; elles sont plus inattendues concernant le cancer de la thyroïde, avec un ralentissement de la croissance du taux de mise en ALD après 2004, dans certaines classes d'âge, pour les deux sexes. L'incidence du cancer de la thyroïde est très sensible aux pratiques médicales. Il est possible qu'une saturation des effets liés aux pratiques médicales ou une modification de la prise en charge ait débuté pour certaines classes d'âge. L'évolution récente et à court terme de ce cancer en France reste toutefois très incertaine.

Cancers Cancers

47942

RAPPORT

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Saint-Maurice. FRA, Institut National du
Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 : rapport technique.

Saint-Maurice : INVS : 2011 : 80p., tabl.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses>

Cette étude présente des données de projections sur l'incidence et la mortalité par cancer en France métropolitaine pour l'année en cours. Il devrait y avoir,

en 2011, 365 500 nouveaux diagnostics de cancer, soit 207 000 chez l'homme et 158 500 chez la femme. Le nombre de décès par cancer est estimé à 147 500, soit 84 500 chez l'homme et 63 000 chez la femme. Par rapport aux estimations 2010, qui recensaient 357 500 cas et 146 500 morts, il y a une augmentation du nombre de cas d'environ 2,2 % et du nombre de morts de 0,7 % (chiffre qui reste stable chez les hommes). Le nombre de cas des cancers les plus fréquents reste également stable. Comme en 2010, le cancer de la prostate, avec 71 000 cas, reste de loin le plus fréquent chez l'homme, devant le cancer du poumon (27 500 cas) et le cancer colorectal (21 500 cas). En termes de mortalité, c'est le cancer du poumon qui est en tête, chez les hommes avec 21 000 décès, devant le cancer colorectal (9 200) et le cancer de la prostate (8 700). Chez les femmes, le cancer du sein, avec 53 000 nouveaux cas, est le plus fréquent et reste en tête de la mortalité (11 500 décès en 2011), mais le taux de mortalité diminue en France depuis quinze ans. L'InVS souligne la situation " toujours aussi préoccupante " du cancer du poumon chez la femme puisque " incidence et mortalité sont en constante augmentation " (12 000 cas et 8100 décès). Le cancer colorectal représente quant à lui 8 300 décès chez la femme. S'agissant des deux cancers les plus fréquents (prostate et sein), les épidémiologistes ont retenu pour leurs projections des taux d'incidences constants depuis 2005. Pour le cancer de la prostate, ils relèvent la conjonction de deux effets : d'une part, la fin de la montée en charge de diagnostics de cancers du fait d'une pratique intensive de dépistage, et d'autre part de la prise de conscience d'un risque de surdiagnostic, et donc de surtraitement, chez les soignants et dans la population. Pour le cancer du sein, ils s'appuient sur la diminution de la prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause et sur un moindre effet du dépistage généralisé après la forte augmentation du démarrage en 2004. Les épidémiologistes notent par ailleurs une diminution du nombre de cas déclarés en ALD. La publication de ces projections s'inscrit

dans les mesures du plan cancer 2009-2013 relatives à l'observation des cancers et au renforcement des registres existants.

Consommation d'alcool

Alcohol consumption

47568
RAPPORT

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 alcohol and health 2010.

Copenhague : Oms Bureau régional de l'Europe :
2010 : VI+373p., ill.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf

Ce rapport compile les dernières données de la Région européenne de l'OMS en ce qui concerne la consommation d'alcool et ses effets nocifs, ainsi que les mesures de lutte prises dans les pays. Il résume la situation régionale dans son ensemble et présente le profil de ses 53 états membres, à l'aide de tableaux et de graphiques récapitulatifs qui illustrent les données relatives à plusieurs indicateurs essentiels provenant de l'étude menée en 2009 sur l'alcool et la santé. En outre, le rapport décrit les instruments et activités de l'OMS qui sont disponibles pour aider les pays à consolider les gains déjà réalisés dans ce domaine.

Enfants
Children

47613

DOCUMENT DE TRAVAIL

NIEL (X.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Paris. FRA

Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent.

Document de travail Insee ; F1106

Paris : Insee : 2011 : 35p., fig., tabl.

Cote Irdes : B7046

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1106.pdf

Entre 2005 et 2010 la mortalité infantile stagne en France, alors qu'elle continue de se réduire dans d'autres pays européens. Le changement de définition des enfants sans vie, en 2002 puis en 2008 bouleverse les statistiques de mortalité mais ne semble pas influencer celles de la mortalité infantile. Si les parents enregistraient comme une naissance, puis comme un décès, un accouchement très prématuré suivis de décès rapide, qui autrefois n'était enregistré ni comme mort-né ni comme naissance vivante, cela ferait augmenter le taux de mortalité infantile. Aucun signal en ce sens n'a toutefois été observé lors des changements de législation en 2002 et en 2008, au contraire de ce qui est observé très nettement pour les enfants sans vie. La taille de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee a été multipliée par quatre en 2004 et ce panel démographique permet désormais d'étudier la mortalité infantile. Ce document examine dans un premier temps dans quelle mesure l'EDP reflète l'évolution de la mortalité infantile calculée à partir des bulletins d'état civil. Il détaille son degré d'exhaustivité, la précision de ses résultats, et ses biais éventuels par rapport à l'état civil. Il étudie ensuite comment la France se situe parmi les pays de l'Union européenne, auxquels on a ajouté l'Islande,

la Norvège et la Suisse. Il aborde les facteurs sociodémographiques explicatifs de la mortalité infantile, parmi lesquels des caractéristiques liées à la mère (la nationalité, l'âge, la situation sociale), et d'autres, plus liés aux conditions de l'accouchement (naissance prématurée, naissances multiples, sexe de l'enfant, taille de l'unité urbaine de résidence de la mère, taille de l'unité urbaine du lieu de l'accouchement). Il présente les résultats des analyses univariées et multivariées sur les années 2004 à 2009. D'après l'analyse multivariée, la mortalité infantile est plus forte pour les jumeaux, les garçons, les enfants de mères de nationalité d'Afrique Noire (Résumé d'auteur).

Handicap
Disability

47654

RAPPORT, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, Banque Mondiale. New York NY. USA

World report on disability.

Rapport mondial sur le handicap.

Genève : OMS : 2011 : 23p+349p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf

More than one billion people in the world live with some form of disability, of whom nearly 200 million experience considerable difficulties in functioning. In the years ahead, disability will be an even greater concern because its prevalence is on the rise. This is due to ageing populations and the higher risk of disability in older people as well as the global increase in chronic health conditions such as diabetes, cardiovascular disease, cancer and mental health disorders. Across the world, people with disabilities have poorer health outcomes, lower education achievements, less economic participation and

higher rates of poverty than people without disabilities. This is partly because people with disabilities experience barriers in accessing services that many of us have long taken for granted, including health, education, employment, and transport as well as information. These difficulties are exacerbated in less advantaged communities. To achieve the long-lasting, vastly better development prospects that lie at the heart of the 2015 Millennium Development Goals and beyond, we must empower people living with disabilities and remove the barriers which prevent them participating in their communities; getting a quality education, finding decent work, and having their voices heard. As a result, the World Health Organization and the World Bank Group have jointly produced this World Report on Disability to provide the evidence for innovative policies and programmes that can improve the lives of people with disabilities, and facilitate implementation of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which came into force in May 2008. This landmark international treaty reinforced our understanding of disability as a human rights and development priority.

Maladies chroniques Chronic diseases

47140
RAPPORT

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

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Rapport du groupe de travail n°2 sur le rôle des aidants et des acteurs de santé.

Paris : MSSPS : 2010/10 : 43p.
Cote Irdes : B7037

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_no2_sur_le_role_des_aidants_et_des_acteurs_de_sante.pdf

Dans le cadre du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), le groupe de travail sur le rôle des aidants et des acteurs de santé vient de remettre son rapport. Il se compose de quatre grandes parties, qui établissent chacune des constats assortis d'objectifs et de propositions d'actions concrètes. La première partie souligne l'importance du rôle des aidants auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, rôle polymorphe et souvent lourd à endosser. Elle recommande l'amélioration du partage d'information entre les professionnels de santé et les aidants proches. La seconde partie, partant du constat que les aidants sont souvent vulnérables, propose des pistes d'interventions à leur égard, telles que l'aménagement de temps de répit. La troisième partie concerne l'amélioration des droits des aidants, qui sont mal connus et parcellaires. La quatrième partie, enfin, concerne plus spécifiquement l'identification d'actes techniques pouvant être réalisés par les aidants proches, avec, notamment, la recommandation d'élargir l'offre de formation pour les aidants.

Statistiques sanitaires World health statistics

47149
RAPPORT, INTERNET

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

World health statistics 2011.

Statistiques sanitaires mondiales 2011.

Statistiques sanitaires mondiales.
Genève : OMS : 2011 : 170p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.who.int/entity/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf

Les statistiques sanitaires mondiales 2011 présentent les statistiques sanitaires les plus récentes des 193 États Membres de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et un

résumé des progrès accomplis vers les objectifs et les cibles du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé.

Suicides

Suicides

47641

OUVRAGE

COURTET (P.) / dir.

Suicides et tentatives de suicide.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion : 2010 :

13p.+350p., tabl., index

Cote Irdes : B7045

<http://www.decitre.fr/livres/Suicides-et-tentatives-de-suicide.aspx/9782257203984>

Le suicide est un problème majeur de santé publique. On compte en France annuellement 11 000 décès par suicide et 200 000 tentatives de suicide. Ce manuel fait le point des connaissances sur cette " maladie " qui, lorsqu'elle n'est pas létale, est lourde de conséquences physiques et psychologiques pour le suicidant et son entourage. Dans une première partie, les données cliniques du phénomène sont exposées : épidémiologie, sociologie du suicide, définition des conduites suicidaires. Avec les axes de la recherche, la deuxième partie présente les travaux les plus actuels sur la vulnérabilité suicidaire : les avancées des neurosciences dans le domaine de la biologie, de la génétique et de l'anatomie, l'impact des événements de vie et la modélisation du processus suicidaire. Les aspects stratégiques présentés dans la troisième partie orientent le thérapeute dans sa démarche clinique : évaluation du risque suicidaire ; risque en fonction des pathologies (patients psychiatriques ou souffrant d'affections somatiques), du terrain (hommes, femmes, jeunes et adolescents, personnes âgées), de situations de vie particulières (immigration, **milieu carcéral**)... La quatrième partie, consacrée aux aspects thérapeutiques, expose

la problématique de la prise en charge des suicidants : la difficulté, l'urgence, le suivi. L'organisation et les structures de soins actuelles intègrent ces éléments incontournables afin d'intervenir efficacement auprès des personnes. La prise en charge passe également par les traitements médicamenteux, la psychothérapie...sans oublier le rôle de la société dans la prévention du suicide.

Toxicomanie

Drug addiction

48016

RAPPORT

BARBIER (G.), BRANGET (F.)

Sénat. Mission d'Information sur les Toxicomanies. Paris. FRA

Rapport d'information sur les toxicomanies.

Paris : Sénat : 2011/06 : 2 vol. (200; 533p.)

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/r10-699-1/r10-699-11.pdf>

Ce rapport a pour objectif de dresser un tableau objectif et aussi complet que possible du phénomène des toxicomanies. Il **constate d'abord que les toxicomanies sont effectivement plurielles et connaissent une progression alarmante, tant pour ce qui concerne les produits consommés que les pratiques des usagers de drogues et les risques qu'ils encourrent, qui semblent croissants (I)**. Pour lutter contre ce phénomène inquiétant, trois politiques complémentaires doivent en réalité être confortées : la prévention dès le plus jeune âge, qui constitue une priorité ; une offre de soins abondante et adaptée, car le défaitisme ne peut être une option ; une réduction des risques encourus par les toxicomanes du fait de leur consommation de drogues, selon une démarche équilibrée et responsable (II). Enfin, il est nécessaire que chacun, et en particulier les pouvoirs publics, tienne un discours clair et univoque réaffirmant la dangerosité des drogues et le

caractère illicite de leur consommation. Il ne peut donc être envisagé de dépénalisation de leur usage, car celle-ci constituerait une impasse éthique et juridique ; il convient au contraire de garantir une réponse pénale plus immédiate et donc plus efficace. **L'expérimentation de centres d'injection supervisés** semble, pour sa part, être une **option plus qu'hasardeuse (III)**. Les rapporteurs sont conscients que le dispositif actuel de lutte contre les drogues et de prise en charge des toxicomanies souffre **d'imperfections. Ils ont souhaité que leur rapport soit empreint d'équilibre. Pour ce faire**, ils ont toujours gardé à l'esprit la diversité des témoignages recueillis, la responsabilité première du législateur en matière de politique **de santé publique et l'attention due à toutes les victimes des toxicomanies** (Tiré de l'introduction).

Travail et santé
Occupational health

48521
RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.). Maisons-Alfort. FRA, Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles. (R.N.3.P.). s.l.FRA

Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. Rapport scientifique

Maisons-Alfort : ANSES : 2010 : 279p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.anses.fr/Documents/RNV3P-Ra-Septembre2011.pdf>

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe 32 Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) de France

métropolitaine et dont la vocation est de rassembler les données de chaque consultation (données démographiques du patient, **pathologies, expositions, secteur d'activité, profession**) au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles. Le rnv3p est un système de production coordonné de connaissances a des fins de vigilance, **d'amélioration des connaissances et de prévention des risques professionnels**. En neuf ans (2001-2009), il a enregistré 118 852 problèmes de santé au travail (PST) signalés au sein des centres de consultation de pathologies professionnelles. Parmi ceux-ci, 47 768 pathologies considérées par les experts en lien possible, probable ou certain avec le travail ont été diagnostiquées. Les pathologies en relation avec le travail les plus fréquemment signalées sont les pathologies respiratoires (24 %) et les troubles mentaux et du comportement dits encore psychopathologies du travail (22 %). Viennent ensuite les maladies de la peau (17 %) et les maladies ostéo-articulaires (16 %). Les tumeurs représentent 7,6 % des signalements **et les maladies de l'oreille 5,6 %**. Les familles de pathologie significativement les plus souvent rapportées chez les hommes sont les **tumeurs, les maladies de l'oreille et les maladies respiratoires**. A l'inverse, les troubles mentaux et du comportement (psychopathologies du travail), les maladies dermatologiques et les maladies ostéo-articulaires sont plus souvent rapportés chez les femmes. Les psychopathologies du travail enregistrées par le réseau sont en constante augmentation.

48488

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport de gestion 2010. Bilan financier et sinistralité.

Paris : CNAMTS : 2011 : 107p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20gestion%202010.pdf

Ce rapport de gestion 2010 qui fait le point complet sur les finances de la branche AT/MP (Accidents du travail – maladies professionnelles) et l'indemnisation des victimes avec l'analyse détaillée de la sinistralité (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles). Quatre focus sur une problématique particulière sont également présentées : le risque routier : accidents du travail et accidents de trajet liés au risque routier ; troubles musculo-squelettiques (TMS) : définition d'un TMS, analyse sectorielle par CTN ; cancers d'origine professionnelle : dénombrement, cancers liés à l'amiante et cancers non liés à l'amiante ; système de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles

47762

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

FAHR (R.), FRICK (B.)

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

On the inverse relationship between unemployment and absenteeism : evidence from natural experiments and worker heterogeneity.

Sur la relation inverse entre le chômage et l'absentéisme: Preuves issues d'expérimentations naturelles et de l'hétérogénéité des travailleurs.

IZA Working Paper ; 3171

Bonn : IZA : 2007/11 : 21p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3171.pdf>

Although an inverse relationship between sickness absence and unemployment has been documented in a number of studies using either quarterly or annual data from different countries with varying institutional frameworks, it is not yet clear whether this empirical regularity is due to changes in the individual costs of absence when unemployment increases (incentive effect) or, alternatively, to changes in the composition of the workforce over the business cycle (selection effect). In order to provide evidence to evaluate the relative importance of both effects this paper first investigates the effects of changes in the unemployment benefit entitlement system with monthly absence data for East and West Germany for the years 1991-2004. Second, it analyzes the impact of differences in the costs of unemployment on the annual absence rates of workers in different sickness insurance funds using state-level annual absence rates for the years 1993-2004. It finds clear evidence in favor of an incentive effect.

47754

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

FREND A (A.)

Statistical analysis of accidents at work in the international context

Analyse statistique des accidents du travail dans un contexte international

MPRA Paper ; 31348

Munich : Munich Personal RepEc Archive :

2010/12 : 26p, tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://mpra.ub.uni-muenchen.de/31348/1/MPRA_paper_31348.pdf

This research describes safety at work as an issue to be addressed in terms of legislation, with due statistical knowledge of the phenomenon. Through the application of multiple indicators while investigating the rate of homogeneity and non-homogeneity of available data, especially at international level, the concept at study can be analyzed using specific scientific methods.

47607

RAPPORT

LEFRAND (G.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail.

Paris : Assemblée Nationale : 2011/05 : 79p.

Cote Irdes : B7041

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3457.pdf>

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté le rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail présenté par le député Guy Lefrand. Ses recommandations portent sur une meilleure formation des chefs d'entreprise et des managers, la labellisation par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) des entreprises performantes en matière de santé au travail, l'inclusion des risques psychosociaux dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, et le renforcement des CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) dont les membres seraient élus au suffrage direct pour renforcer leur visibilité et leur légitimité. Dans ce rapport, le député part du constat de l'indéniable impact sur la santé des salariés des risques psychosociaux (RPS), qui recouvrent l'excès de stress mais aussi le harcèlement, et indique que 20 % des arrêts maladie de plus de 45 jours y seraient liés. Sans oublier qu'environ 400 suicides par an seraient liés au travail. Il note que ces problèmes de stress au travail engendrent un coût économique important pour l'entreprise comme pour la collectivité évalué par l'INRS (Institut national de la recherche et de la sécurité) entre 2 et 3 milliards d'euros, ce qui équivaut à environ 14,4 % et 24 % des dépenses de la branche AT/MP. La mission d'information estime que la création d'un label, santé et qualité de vie au travail, serait de nature à inciter les entreprises à mettre en place des actions concrètes dans le domaine des risques psychosociaux et permettrait de valoriser les entreprises soucieuses du bien-être de leurs salariés.

47374

CHAPITRE

SERMET (C.)

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

Etat de santé des travailleurs indépendants selon le secteur professionnel.

Stress au travail et santé : situation chez les indépendants.

Paris : INSERM : 2011/04 : 83-97

Cote Irdes : R1834, A4187

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Ce chapitre fait le point sur les connaissances en matière d'état de santé des travailleurs indépendants. Différents indicateurs directs ou indirects de santé sont explorés : mortalité, santé perçue, maladies chroniques, accidents du travail, arrêts de travail, facteurs de risque. La première partie du chapitre est consacrée à l'état de santé de cette population, indépendamment des problèmes de santé liés au travail. Une deuxième partie tente ensuite d'approcher les maladies et les risques professionnels spécifiques des indépendants.

47088

OUVRAGE

ALGAVA (E.), CHOUANIERE (D.), COHIDON (C.), SERMET (C.) et al.

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

Stress au travail et santé : situation chez les indépendants.

Paris : INSERM : 2011 : 12-483p., tabl.

Cote Irdes : A4187, R1834

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Ce livre représente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre à la demande du Régime social des indépendants (RSI) concernant le stress d'origine professionnelle chez les travailleurs indépendants et ses répercussions sur la santé. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du second trimestre 2010.

Personnes âgées/Elderly

Aidants Informal care

47737
RAPPORT, INTERNET

Haut Conseil de la Famille. (H.C.F.). Paris.
FRA

Avis sur la place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Paris : Haut Conseil de la Famille : 2011/06 : 11p.,
tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.hcf-famille.fr/IMG/pdf/avisdependance1706.pdf>

La dépendance des personnes âgées est une question qui va se poser de façon croissante à la société française, et plus généralement aux différents pays européens. Il faut traiter en tant que telle afin d'améliorer les aides existantes ou d'inventer de nouvelles formes d'actions au bénéfice des personnes âgées dépendantes ainsi que de leurs familles. Le Haut Conseil de la famille (HCF) tient à rappeler en premier lieu que la première aide à apporter aux aidants familiaux est de créer et structurer l'offre de services adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes en leur permettant d'y accéder dans des conditions financières raisonnables. C'est dans ce sens qu'un certain nombre de propositions sont faites afin de mieux articuler prise en charge collective, participation individuelle et mobilisation des solidarités familiales. Mais le soutien aux aidants familiaux suppose aussi que des actions spécifiques soient engagées en leur direction, afin de faciliter leur rôle et de soulager les contraintes pesant notamment sur leur vie quotidienne, leur vie professionnelle, leur santé et leurs relations familiales. Essentielles pour la vie des aidants et des personnes aidées, ces actions doivent également favoriser le maintien à domicile en facilitant l'engagement des aidants potentiels.

Le souci d'offrir une réponse de qualité à toutes les personnes âgées dépendantes, dans le cadre contraint de nos finances publiques, doit trouver sa traduction dans un équilibre complexe, où la prise en charge publique tient compte des différentes ressources des personnes âgées et de leurs familles, mais ne se traduise pas par une charge excessive sur les personnes concernées, leur patrimoine ou leur famille. L'objectif des différentes propositions retenues par le HCF est que solidarités familiales et solidarités collectives se renforcent mutuellement. Il s'agit d'assurer aux personnes dépendantes une prise en charge de qualité, respectueuse de leurs aspirations et de leurs modes de vie, mais aussi des contraintes et des choix de leurs familles et de leurs proches.

Caisse de solidarité pour l'autonomie National Solidarity Fund for Autonomy

48013
RAPPORT

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

Pour une politique de prévention au service de l'autonomie. Rapport 2010.

Paris : CNSA : 2011 : 2 vol. (100; 53p.)
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_RA2010_BD_hyperliens_v02.pdf
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_RA2010_ANNEXES_BAT_BD_hyperliens.pdf

L'année 2010 a vu l'importante réforme portée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » se concrétiser. Pour la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), cette réforme est d'abord l'espoir et l'exigence d'une meilleure intégration des différentes dimensions de la santé au service

de la qualité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, que leurs besoins relèvent de soins de ville, d'un établissement de soins ou d'une structure médico-sociale. Elle a conduit à adapter les instruments de mise en œuvre de ces politiques: la nouvelle procédure d'appels à projets pour autoriser les établissements et services sociaux et médico-sociaux se fonde sur des instruments d'analyse des besoins revisités, du projet régional de santé au schéma régional d'organisation médico-sociale et à sa mise en oeuvre pratique dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie. Elle a aussi renforcé le besoin de mise en cohérence des politiques au niveau territorial, au premier chef entre agences régionales de santé et conseils généraux, qui sont les deux réseaux partenaires de la CNSA pour la mise en oeuvre des moyens qui lui sont confiés. Assurer le maximum possible d'espérance de vie sans incapacités ou limiter les effets des limitations de capacités pour celles et ceux qui sont concernés constituent, en amont, une démarche de prévention à structurer.

48012
RAPPORT

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

2011. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.

Paris : CNSA : 2011 : 16p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_ChiffresCles2010_24-9.pdf

Ce document présente un bilan statistique de l'activité des différents acteurs impliqués dans l'aide à l'autonomie (CNSA, Etat, Sécurité sociale et conseils généraux)

Dépendance
Dependency

48194
RAPPORT

ROSSO-DEBORD (V.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Européennes. Paris. FRA

Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe.

Paris : Assemblée nationale : 2011/07 : 121p., tabl., ann.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i3667.pdf>

Ce rapport examine les modalités de prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans différents pays européens, notamment en Allemagne, aux Pays Bas et au Royaume-Uni

47950
RAPPORT, INTERNET

TRILLARD (A.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

La prévention de la dépendance des personnes âgées : rapport de la mission au profit du Président de la République.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/07 : 140p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Trillard_Version_definitive_13juillet.pdf

Ce rapport définit une nouvelle politique de prévention de la dépendance des personnes âgées fondée sur des principes et des actions partagés par l'ensemble des personnes auditionnées : mieux dépister les premiers signes de fragilité en amont de la perte d'autonomie ; promouvoir l'activité des séniors ; cibler des consultations de prévention vers les populations les plus vulnérables ; lutter efficacement contre les dépendances évitables, encourager le maintien dans le milieu de vie ordinaire. La meilleure gestion de son capital santé concerne toute la population par l'action d'une prévention tout au long de la vie. Les

politiques publiques doivent permettre prioritairement **d'améliorer l'accès de tous** à cette prévention afin de réduire les fortes disparités et inégalités rencontrées.

47938

RAPPORT

GIMBERT (V.), MALOCHET (G.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Département Questions Sociales. Paris. FRA

Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance.

Paris : CAS : 2011 : 192p.

Cote Irdes : A4230

http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3_rapp_dep_28juin_15h_0.pdf

Ce rapport du Centre d'analyse stratégique propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Il s'agit de resituer le débat national sur la dépendance dans un contexte international en mouvement, de nombreux pays ayant déjà amorcé des réformes ou étant sur le point de le faire. Il est regrettable que ce document fort intéressant sorte aussi tardivement, une fois le débat national achevé, alors que le président devrait annoncer sous peu les grandes orientations de la réforme de la dépendance.

47794

RAPPORT

WEBER (M.), VEROLLET (Y.)
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.). Paris. FRA

La dépendance des personnes âgées.

Paris : Editions des journaux officiels : 2011/06 :

79p., annexes

Cote Irdes : P111/2

<http://www.lecese.fr/images/stories/avis/dependance.pdf>

L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, 25 % d'ici 2025, appelle certes des réponses financières, 34 milliards d'euros ont été consacrés à la dépendance

en 2010 mais surtout sociétales. Pour le CESE (Conseil Economique Social et Environnemental), les politiques publiques doivent favoriser la construction de parcours de vie répondant aux besoins des personnes âgées. En amont de la survenue de la dépendance, en développant la prévention, en **adaptant l'habitat et en soutenant** toutes les initiatives technologiques au service de **l'autonomie. Puis par la meilleure coordination** du parcours de soins, le renforcement de l'aide à domicile et le soutien aux aidants. **L'instauration d'une taxe sur les successions et les donations et l'évolution** des taux de CSG (Contribution sociale généralisée) des retraités offrent des pistes de financement (Résumé d'auteur).

47734

RAPPORT , INTERNET

RATTE (E.), IMBAUD (D.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA

Accueil et accompagnement des personnes en perte d'autonomie : rapport du Groupe 3.

Paris : Ministère chargé de la Santé. 2011/06 : 50p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_G2_D_EF.pdf

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique sous l'angle de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution.

47733

RAPPORT, INTERNET

CHARPIN (J.M.), TLILI (C.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA

Perspectives démographiques et financières de la dépendance : rapport du Groupe 2.

Paris : Ministère chargé de la Santé.: 2011/06 : 60p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_G2_D_EF.pdf

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique sous l'angle démographique et financier et tente d'élaborer des projections d'évolution à l'horizon 2030 et 2060.

47731

RAPPORT, INTERNET

MOREL (A.), WEBER (O.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA

Vieillesse et société : rapport du groupe 1.

Paris : Ministère chargé de la santé: 2011/06 : 186p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Groupe_1.pdf

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Réalisé avec la contribution d'experts du domaine, il aborde la prise en charge du vieillissement sous les éclairages suivants : mesure de la dépendance, solidarités familiales et collectives, prévention, espaces et territoires, éthique.

47728

RAPPORT

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

Assurance maladie et perte d'autonomie.

Paris : HCAAM : 2011/06 : 186p.
Cote Irdes : B7064
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

Réalisé à la demande du Premier ministre, ce rapport apporte sa contribution au débat national sur la dépendance des personnes âgées. En évaluant la contribution de l'assurance maladie à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) cherche en particulier à identifier en quoi l'assurance maladie peut prévenir la survenue trop rapide d'une altération de l'autonomie dans les gestes et relations de la vie quotidienne, mais aussi ce que l'assurance maladie est en droit d'attendre d'une meilleure prise en charge de la dépendance. Un élément de sémantique doit être posé d'entrée de jeu. Dans ce rapport, comme dans ses travaux récents, le HCAAM a fait le choix de privilégier les expressions de « perte d'autonomie » et d'aide « à l'autonomie » (ou d'aide au « maintien de l'autonomie ») plutôt que le terme de « dépendance », même lorsqu'il est question de la perte d'autonomie des seules personnes très âgées. En effet, l'approche médicale et soignante, qui est celle à partir de laquelle le HCAAM est légitime à aborder le sujet de l'autonomie, ne peut fondamentalement pas faire de différence dans la perte d'autonomie selon que le sujet est jeune ou âgé. Le HCAAM étant saisi dans le cadre d'un débat national consacré aux seules questions mises au jour par la perte d'autonomie au grand âge, il a donc travaillé en conséquence A ses yeux toutefois, l'essentiel du travail conduit dans le cadre de cette saisine concerne en réalité non seulement des personnes très âgées, mais tout autant des personnes en situation de handicap – quelle qu'en soit la cause – ou encore celles

des personnes présentant, à tout âge, des pathologies chroniques invalidantes.

47676
RAPPORT

Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.) - Que Choisir. Paris. FRA

Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : pour un nouveau schéma de financement.

Paris : UFC Que Choisir : 2011 : 24p., fig.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.quechoisir.org/media/fichiers/etude-dependance>

Dans cette publication, l'UFC-Que Choisir présente ses propositions relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, afin d'apporter une réponse concrète et durable aux restes à charge insupportables subis par les ménages. L'étude montre tout d'abord, que les contrats d'assurance dépendance, dont certains appellent le développement, s'avèrent une solution inefficace techniquement et socialement injuste pour prendre en charge la perte d'autonomie. Moins de deux millions de Français bénéficient aujourd'hui d'une réelle couverture assurantielle contre ce risque, par des produits largement insatisfaisants pour le consommateur.

47608
RAPPORT

BROUSSY (L.)
Terra Nova. Paris. FRA

Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance.

Paris : Terra Nova : 2011/05 : 117p.
Cote Irdes : B7042
http://www.tnova.fr/sites/default/files/Terra%20Nova%20-%20Rapport%20Dépendance%20-%20mai%202011_0.pdf

Ce rapport, fruit des réflexions d'un groupe de travail présidé par Luc Broussy, analyse les enjeux de la prise en charge de la dépendance, décrypte les projets actuels du gouvernement, et porte des propositions pragmatiques alliant crédibilité et ambition : contribution de

l'ensemble des Français au financement de la dépendance, meilleure lisibilité des dispositifs existants, mise en place d'une loi pluriannuelle de préparation de la France au vieillissement de sa population... (Extrait du résumé d'auteur).

47397
DOSSIER DOCUMENTAIRE, INTERNET

La Documentation Française. Paris. FRA

La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France ?

Paris : La documentation française : 2011/05 : 10p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/index.shtml>

La perte d'autonomie des personnes âgées ou dépendantes est le prochain grand chantier du gouvernement. Ce dossier sur la dépendance comporte plusieurs enjeux : la délimitation de la dépendance par rapport au handicap, la complexité du système due à la multiplicité des organismes de gestion concernés, enfin la question du financement. En période de crise des finances publiques, il s'agit en effet de trouver un équilibre entre prise en charge publique, privée et familiale. Ce dossier comprend une interview de Blanche Le Bihan sur ces questions. Il aborde également successivement les raisons du débat actuel, la problématique du financement, les pistes de réformes ainsi qu'un éclairage sur la situation dans les autres pays européens. Ce dossier est complété par une chronologie, une bibliographie et une sélection de sites internet.

47339

RAPPORT, INTERNET

Union Nationale des Associations Familiales.
(U.N.A.F.). Paris. FRA

***Prise en charge de la dépendance :
pour une véritable complémentarité
entre solidarité publique et solidarité
familiale.***

Paris : UNAF : 2011/03 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.unaf.fr/spip.php?article12485>

Dans le cadre de sa participation au débat sur la dépendance engagé par le Gouvernement, le Conseil d'administration de l'Union nationale des associations familiales (Unaf) a adopté une série de positions. Elles s'articulent autour de 5 axes majeurs : priorité au maintien à domicile, réduction des restes à charge pesant sur la personne âgée et sa famille, soutien accru aux aidants familiaux, large prise en charge publique et universelle nécessitant des ressources supplémentaires, représentation des familles dans les instances de pilotage.

Filières de soins

Healthcare organisations

48034

RAPPORT

FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J.), SITRUCK (P.)

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

***L'impact des modes d'organisation
sur la prise en charge du grand âge.***

Paris : Igas : 2011/05 : 121p., tabl., annexes

Cote Irdes : C, en ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000408/0000.pdf>

Le présent rapport de l'IGAS explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social. La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la

spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences). La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soin de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de l'hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences... A partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires) et la création des ARS (Agences régionales de santé), dont l'un des objectifs est d'assurer une mission de coordination entre le secteur social et médico-social.

Fragilité

Frailty

47632

OUVRAGE

CHASSAGNE (P.) / dir., ROLLAND (Y.) / dir.,
VELLAS (B.) / dir.

La personne âgée fragile.

Paris : Springer : 2009 : 196p., tabl.

Cote Irdes : A4203

<http://www.springer.com/medicine/book/978-2-287-93910-5>

Grâce à cet ouvrage, le lecteur pourra mieux appréhender la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles et cela dans les différents domaines de la médecine. Les auteurs abordent des sujets tels que : ostéoporose, démence, douleur, cancers, diabète, AVC, etc. Ces textes ont déjà fait l'objet d'une parution dans la publication

officielle de la Société Française de Gériatrie et Gerontologie, L'Année gérontologique.

Maltraitance Ill-treatment

48417

OUVRAGE

SETHI (D.) / éd., WOOD (S.) / éd. MITIS (F.) / éd. et al.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. INT

European report on preventing elder maltreatments.

Rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe :
2011 : 86p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Elder maltreatment is pervasive in all countries in the WHO European Region, and estimates suggest that at least 4 million people in the Region experience elder maltreatment in any one year. Most countries in the Region have an ageing population, and one third of the population is forecast to be 60 years and older in 2050, putting more people at risk of elder maltreatment. Elder maltreatment has far-reaching consequences for the mental and physical well-being of tens of millions of older people, and if left unchecked will result in their premature death. Estimates suggest that about 2500 older people may lose their lives annually from elder maltreatment. The report highlights the numerous biological, social, cultural, economic and environmental factors that interact to influence the risk and protective factors of being a victim or perpetrator of elder maltreatment. There is some evidence of effectiveness, and examples include psychological programmes for perpetrators and programmes designed to change attitudes towards older people, improve the mental

health of caregivers and, in earlier life, to promote nurturing relationships and social skills learning. The evidence base needs to be strengthened, but much can be done by implementing interventions using an evaluative framework. Prevention and social justice for older people can only be achieved by mainstreaming this response into health and social policy. Surveys show that the public and policy-makers are increasingly concerned about the problem, and the policy response needs to be strengthened to meet this demand.

Santé mentale Mental health

47604

RAPPORT

LADOUCKETTE (O. de)

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

Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir.

Paris : MSSPS : 2011/03 : 38p.

Cote Irdes : B7038

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Bien-etre_et_sante_mentale_des_atouts_indispensables_pour_bien_vieillir.pdf

Afin de nourrir la réflexion liée à la préparation **d'un deuxième Plan national « Bien vieillir »** visant à améliorer la santé et la qualité de vie des **personnes âgées, la secrétaire d'Etat à la santé** a chargé le docteur Olivier de Ladoucette **d'étudier les aspects liés à la santé mentale et au bien-être des personnes âgées**. Ce rapport recense plus particulièrement cinq facteurs ayant une action positive sur le bien être et la santé mentale qui peuvent aider la personne âgée à conserver et à optimiser son autonomie : conserver une bonne estime de soi ; garder une identité positive ; lutter contre **l'isolement et la solitude** ; avoir le contrôle sur sa vie ; **savoir s'adapter** (Résumé d'auteur).

Soins de longue durée
Long-term care

47976

CHAPITRE

LE BIHAN (B.), MARTIN (C.)
COSTA-FONT (J.) / éd.

Reforming long-term care Policy in France : Private-Public Complementaries.

Réforme de la politique des soins de longue durée en France : complémentarité privé-public.

Reforming long-term care in Europe.
Chichester : Wiley-Blackwell : 2011 : 35-52, tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4222
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1444338730.html>

This book offers the most up-to-date analysis of the features and developments of long-term care in Europe. Each chapter focuses on a key question in the policy debate in each country and offers a description and analysis of each system. This one analyses long-term care policy in France.

47975

OUVRAGE

COSTA-FONT (J.) / éd.

Reforming long-term care in Europe.

La réforme des soins de longue durée en Europe.

Chichester : Wiley-Blackwell : 2011 : 176p., tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4222
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1444338730.html>

This book offers the most up-to-date analysis of the features and developments of long-term care in Europe. Each chapter focuses on a key question in the policy debate in each country and offers a description and analysis of each system. It also offers the very latest analysis of long-term care reform agendas in Europe and compares countries comparatively less studied

with the experiences of reform in Germany, the United Kingdom, the Netherlands and Sweden.

47133

RAPPORT

COLUMBO (F.)

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

Help wanted : providing and paying for long term care.

Besoin d'aide : la prestation de services et le financement de la dépendance.

Paris : OCDE : 2011 : 328p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.oecd.org/document/23/0,3746,en_2649_37407_47659479_1_1_1_37407,00.html

Au moment où l'espérance de vie approche des 80 ans pour les hommes et dépasse nettement cet âge pour les femmes, la population est de plus en plus nombreuse à vouloir vivre pleinement aussi longtemps que possible. **Comment l'évolution démographique et les tendances du marché du travail vont-elles peser sur l'offre des proches, de l'entourage, et des travailleurs susceptibles d'assumer une prise en charge ?** Pouvons-nous compter sur les seuls aidants familiaux pour soutenir les seniors dépendants ? Faut-il mieux épauler les aidants familiaux, et de quelle manière ? Sommes-nous en mesure d'attirer et de fidéliser la main-d'œuvre nécessaire, et s'agit-il seulement de mieux la rétribuer ? Les finances publiques seront-elles menacées par le coût de la prise en charge future de la dépendance ? Quel équilibre doit-on rechercher entre implication privée et soutien public de cette prise en charge de longue durée ? Une meilleure efficacité des services afférents peut-elle abaisser les coûts.

Soutien à domicile
Home care

48172

RAPPORT, INTERNET

ROSTGAARD (T.) / coord.
Danish National Centre for Social Research.
(S.F.I.). København. DNK
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, Mission Interministérielle de
Recherche et d'Expérimentation. (M.I.R.E.).
Paris. FRA

***LIVINDHOME. Living independently
at home. Reforms in home care in 9
European countries***

*LIVINDHOME. Vivre autonome à domicile.
Réformes des soins à domicile dans 9 pays
européens.*

København : Danish National Centre for Social
Research : 2011 : 247p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>

This study identifies how 9 European countries have reformed their home help systems for elderly and disabled, by identifying the drivers of changes and responses in the organisation, provision, regulation and quality of home care/help. Cross-national variation in reforms in home care policies influence the involvement of different care sectors and the use of services vs. cash benefits, shape the degree of formalisation/informalisation and the degree of professionalization, and also contribute to the quality of care. The study provides a timely overview of recent reforms in the organisation and governance of home care systems in 9 European countries, and elucidates what are the intended and unintended results of the reforms, in particular how reforms have affected outcome for users.

47366

OUVRAGE

DREYER (P.) / dir., GOHET (P.) / préf.

***Handicap et domicile :
interdépendance et négociations.***

Lyon : Chronique sociale : 2011 : 143p.

Cote Irdes : A4197

<http://www.amazon.fr/Handicap-domicile-Interd%C3%A9pendance-Pascal-Dreyer/dp/2850087939>

Le domicile est, pour les personnes en situation de handicap comme pour tout un chacun, le lieu de l'identité et de l'épanouissement affectif, celui du ressourcement et un refuge. L'accompagnement apporté au domicile par les proches et les professionnels ne se substitue pas à la personne mais l'aide à réaliser ses choix. Cette démarche qui lie étroitement, dans l'épaisseur du quotidien, la personne accompagnée et la (les) personne(s) accompagnante(s), suppose une relation de partenariat reposant sur une authentique et sincère capacité de négociation. A travers l'aide demandée et reçue, la personne handicapée réalise son projet de vie (quotidienne, sociale, professionnelle, personnelle) tandis que la personne accompagnante doit pouvoir s'épanouir, en particulier sur le plan professionnel (développement de compétences, de savoir-faire et de savoir-être spécifiques). Cet ouvrage éclaire, par différentes contributions, cette double problématique. Certaines clarifient les fondamentaux de la relation aidé/aidant et sa réalité au jour le jour. D'autres engagent la réflexion autour de la thématique corps et accompagnement, jugée centrale dans l'aide apportée au domicile. La question de la vie affective, érotique et sexuelle y est abordée dans cette perspective. Enfin, parce que la revendication de la vie autonome, chez soi, est fortement liée à la question de l'intégration des personnes handicapées dans la société, une contribution développe les enjeux croisés du domicile, de l'autonomie et de la citoyenneté. En conclusion, des dispositifs de formation proposent des pistes de travail pour que aidés et aidants co-construisent pleinement et ensemble la relation d'accompagnement.

47146

RAPPORT

ALDEGHI (I.), LOONES (A.)
Centre de Recherche pour l'Étude et
l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées. Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable.

Paris : CREDOC : 2010/12 : 82p.
Cote Irdes : B7033
<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C277.pdf>

Depuis une dizaine d'années, compte tenu des mesures législatives et notamment fiscales qui permettent de solvabiliser la demande, le secteur des services à la personne cristallise des espoirs de créations massives d'emplois. Dans le prolongement des travaux réalisés au CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'organisation des conditions de vie) sur les modes de vie des personnes âgées et sur la prise en charge de la dépendance en France, on s'intéresse ici à la réalité des emplois du secteur.

Certes de nombreux ouvrages, travaux et données statistiques existent sur le secteur des services à la personne, mais les données propres aux services aux personnes âgées ne sont pas toujours spécifiquement détaillés. **L'objectif de ce travail est de définir, au sein des services à la personne, ceux qui concernent les personnes âgées, et de rechercher les données mobilisables pour caractériser leurs emplois et leur évolution depuis 2002. Quelles sont les activités qui relèvent de l'aide aux personnes âgées dans les services à la personne définis par les plans de développement de 2005 et de 2009 ? Quelles sources statistiques permettent d'appréhender l'évolution de l'emploi dans le secteur ? Que peut-on dire, à partir des données dont nous disposons, sur l'évolution des emplois en matière de services aux personnes âgées ? Quels sont les changements intervenus depuis la mise en place de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie versée par les Conseils Généraux) ? Autant de questions auxquelles tente de répondre ce rapport.**

Inégalités de santé/Health inequalities

Accès aux soins

Healthcare accessibility

48622

RAPPORT

FAHET (G.), CAYLA (F.), BARTHELEMY (A.I.), CORTY (J.F.), PAUTI (M.D.), TOMASINO (A.), VERON (P.)
Médecins du Monde (M.D.M.).Mission France.
Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.).
Paris. FRA

Rapport 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

Paris : Médecins du Monde : 2011 : 256p., annexes
Cote Irdes : en ligne
<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-Rapport-2010/Resume-du-rapport>

En 2010, la mission France de Médecins du Monde est présente dans 30 villes avec 103 programmes (21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), 1 centre de soins pour enfants à Mayotte, 72 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins et 9 programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues), à partir desquels l'association témoigne des conditions de vie et des difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables, qu'il s'agisse des personnes vivant à la rue ou dans des squats, avec un statut administratif précaire sur le territoire, des demandeurs d'asile, des sans-papiers, des personnes se prostituant, des usagers de drogues... Les principaux constats évoqués dans ce rapport annuel de l'Observatoire sont issus du recueil de données commun organisé dans les Caso, mais une grande partie d'entre eux est corroborée par les données recueillies par les actions mobiles.

47829

RAPPORT , INTERNET

Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.). Paris. FRA

Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Paris : CNLE : 2011 : 6p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_CNLE_sur_acces_aux_soins_version_finale_050711_2_3_.pdf

Dans cet avis sur l'accès aux soins des plus démunis, le Conseil national de lutte contre les exclusions plaide pour une levée immédiate des restrictions de l'aide médicale d'État introduites par la loi de finances pour 2011, compte tenu des éléments du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (Igas-Igf 2010) venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de santé, travailleurs sociaux - éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires. Afin de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, le CNLE se prononce également pour la création d'un seul dispositif spécifique destiné aux plus démunis englobant la couverture maladie universelle (CMU) et l'AME. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Enfin, l'avis propose une revalorisation immédiate du seuil de la CMU-C, à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, et des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs (information plus large, ciblée et

adaptée, reconnaissance du rôle des PASS (**Permanences d'accès aux soins**) dans l'établissement des droits et dans l'accompagnement vers l'accès aux soins, permanences assurées par les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) dans les lieux qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité).

47777

RAPPORT, INTERNET

International Atomic Energy Agency.
(I.A.E.A.). Vienne. AUT

Inequity in cancer care: a global perspective

Inégalité dans le traitement du cancer: une perspective globale

Vienne : International Atomic Energy Agency :
2011/06 : 34p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1471_web.pdf

Cette publication porte sur la question de l'inégalité dans le traitement du cancer, en mettant l'accent sur l'accès aux services de prévention, de dépistage, de soins palliatifs et de traitement.

Discrimination
Discrimination

48463

RAPPORT

BERTOSSI (C.), PRUD'HOMME (D.)
Institut Français des Relations Internationales.
(I.F.R.I.). Centre Migrations et Citoyennetés.
Paris. FRA

La diversité à l'hôpital : identités sociales et discriminations.

Paris. : IFRI : 2011 : 11p.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.ifri.org/?page=detail-contribution&id=6728>

La diversité est aujourd'hui une réalité importante des établissements hospitaliers en France. L'hôpital public et privé emploie un personnel très diversifié socialement et culturellement et lui offre des opportunités de mobilité sociale ascendante. Cette diversité constitue une ressource qui permet à l'institution de recevoir une population elle-même très diversifiée, issue de l'immigration ou originaire des DOM-TOM. Les perceptions et représentations sociales qui encadrent cette diversité s'inscrivent dans une logique institutionnelle propre aux établissements hospitaliers et ne ressemblent pas aux cadres dominants du débat public sur ces sujets. Ainsi, alors que le débat public se focalise sur la question de la laïcité à l'hôpital (refus de soin, port de signes religieux par le personnel), cette question n'est pas perçue comme prioritaire par les professionnels sur le terrain. En revanche, la discrimination raciale qui prend plusieurs formes à l'hôpital (entre personnels, entre personnels et usagers) n'apparaît que rarement comme une priorité dans la réflexion et l'action des gestionnaires des établissements (direction, RH). Cette étude sur la construction des identités sociales et des discriminations dans le contexte hospitalier s'appuie sur une enquête de terrain conduite dans 4 établissements publics et privé de la région Ile-de-France entre mars 2009 et décembre 2010. Au total, 116 entretiens ont été réalisés avec des professionnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux et administratifs), des patients et des représentants du secteur associatif investis à l'hôpital (D'après le résumé d'auteur).

Etudiants
Students

47600

INTERNET

Union Nationale des Sociétés Etudiantes
Mutualistes Régionales. (U.S.E.M.). Paris. FRA

**La santé des étudiants en 2011 : 7ème
enquête nationale. Dossier de presse
et résultats.**

Paris : USEM : 2011 : 15p.+51p., fig., tabl., ann.
Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.usem.fr/7e-Enquete-Sante-de-l-USEM-La.html>

http://www.usem.fr/IMG/pdf/DP_Enquete_sante_2011.pdf

http://www.usem.fr/IMG/pdf/Presentation_conference_de_presse_finale_Enquete_Sante_2011.pdf

L'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM) publie aujourd'hui, en partenariat avec l'institut CSA, son enquête de référence sur la santé des étudiants en France. Cette 7e édition met en évidence les impacts directs du lieu d'habitation sur les comportements de santé des 18-25 ans. Le foyer familial permet une plus grande proximité avec le système de soins. Les étudiants vivant en colocation sont ceux éprouvant le moins de signes de dépressivité mais sont également ceux dont la consommation de substances psychoactives est la plus préoccupante. Les étudiants vivant en résidence universitaire de leur côté souffrent d'isolement, de difficultés à gérer leur stress voire de violences.

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

48677

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

HERNANDEZ-QUEVEDO (C.), COSTA-FONT (J.), MCGUIRE (A.)

London School of Economics and Political Science. (L.S.E.). Londres. GBR

**Persistence despite Action?
Measuring the Patterns of Health
Inequality in England (1997-2007).**

Persistence malgré l'action ? Mesurer les caractéristiques des inégalités de santé en Angleterre (1997-2007).

LSE Health Working Paper : 20

London : London School of Economics and Political Science : 2010/10 : 33p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP20.pdf>

The persistence of inequalities in health is a major policy concern in England, which was addressed by the new Labour government in 1997 through prioritising the curtailment of health inequalities as a policy goal. However, whether specific interventions have managed to attain their goals is a question for empirical welfare analysis to elucidate. This paper addresses two related questions: first, it empirically examines the dynamic patterns of inequalities in health in England from 1997 to 2007 by estimating concentration indexes of inequality over three measures of health, namely self-reported health, long standing illness and health limitations, calculated across different years of the Health Survey for England. Second, using regression-based decomposition analysis, we explore whether specifically prioritised areas (so-called "spearhead" local authority areas ranked in the bottom fifth on national health indicators) exhibit a different pattern of inequality in the years following a targeted intervention in 2005. Results suggest that patterns of health inequalities in England exhibit moderate variation from 1997 to 2007, although some improvement in self-assessed health inequalities is found. Importantly, patterns of

inequality in prioritised (spearhead) areas are not found to be significantly different than health inequalities in non-spearhead areas.

48618

RAPPORT, INTERNET

SCHEIL-ADLUNG (X.), KUHL (C.)
Organisation Internationale du Travail.
(O.I.T.). Genève. INT, International Labor
Organization. (I.L.O.). Genève. CHE

***Addressing inequities in access to
health care for vulnerable groups in
countries of the European region***

*Faire face aux inégalités d'accès aux soins
de santé pour les groupes de population
vulnérables dans les pays de la région
européenne.*

Genève : Organisation Internationale du Travail :
2011 : 39p., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=25201>

Europe as a whole is often perceived as a group of wealthy countries where inclusive social protection systems provide comprehensive protection for the most vulnerable and health care at highest standards is easily accessible for everybody. Thus, persisting gaps in social health protection coverage and inequities in access to health services experienced by vulnerable groups receive only little attention and are rarely adequately analysed with regard to specific aspects such as gender, migration, or issues related to ethnic groups. As a result, in times of financial constraints, policy discussions often turn around to cut back social protection expenditures without sufficiently investigating the impacts on those in need. Against this background, this paper highlights issues that contribute to persisting inequalities in access to health care of vulnerable groups in the broader European region, including countries of the European Union (EU), the Commonwealth of Independent States (CIS), Central and Eastern Europe (CEE), and selected countries of Central Asia. We focus on key determinants of vulnerability, primarily labour market impacts such as income, employment, and related gaps

in access to social protection, and to social health protection in particular. Moreover, we concentrate on stratification of vulnerability looking at specific population groups, including women, the elderly, migrants, and ethnic groups, mainly Roma, who are often disadvantaged in regard with determinants of vulnerability as focused on here (Figure 1). Special attention is also given to rural and urban inequities. First, we present the main characteristics of social health protection systems in countries of the European region regarding financing, organization, and benefit arrangements. We then analyze remaining gaps in social health protection in terms of legal coverage, financial protection and geographic availability of health services, and the impact on effective access for vulnerable groups

48544

DOCUMENT DE TRAVAIL

BLANPAIN (N.), CHARDON (O.)
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des
Statistiques Démographiques et Sociales. Paris.
FRA

***Les inégalités sociales face à la mort.
Tables de mortalité par catégorie
sociale et indices standardisés de
mortalité pour quatre périodes
(1976-1984, 1983-1991, 1991-1999,
2000-2008).***

Document de travail Insee ; F1108
Paris : Insee : 2011 : 125p., fig., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1108.pdf

Comment ont évolué les écarts d'espérance de vie par catégorie sociale chez les femmes et les hommes au fil du temps ? L'évolution de l'espérance de vie des hommes et des femmes au fil des années est bien connue à partir des données de l'état civil. Par contre, peu de travaux permettent d'analyser les évolutions d'inégalités sociales de mortalité, les données des différentes études sur le sujet étant rarement directement comparables (différentes méthodes, différentes sources). Un document de travail n° F0506 (Monteil C.,

Robert-Bo Bée I.) a été publié par l'Insee en 2005 sur l'évolution des inégalités sociales face à la mort du milieu des années 1980 au 'milieu des années 1990'. L'objectif principal du présent document est d'actualiser ce document de travail et de fournir des éléments de réponses sur cette évolution du début des années 1980 au 'milieu des années 2000. Les tables de mortalité après 30 ans sont calculées pour quatre périodes par catégorie sociale (1 chiffre) pour les femmes et les hommes à partir d'une source unique et en utilisant la même méthodologie. Les Indices Standardisés de Mortalité (ISM) seront également analysés sur les mêmes périodes. L'ensemble des tables et indices figurent dans le document. L'objectif est également de détailler les méthodes utilisées pour établir les résultats analysés dans N. Blanpain : l'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, Insee Première, n°1372, octobre 2011.

48442

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ERREYGERS (G.), CLARKE (P.), VAN OURTI (T.)
Network for Studies on Pensions - Aging and Retirement. (N.E.T.S.P.A.R.). Tilburg. DEU

Mirror, Mirror, on the Wall, Who in this Land is Fairest of All. Distributional Sensitivity in the Measurement of Socioeconomic Inequality of Health

Mirrored, mirrored, tell me which is the most beautiful. Sensitivity in matters of distribution in the measurement of socio-economic inequalities of health.

Netspar Discussion Paper No. 2011-074
Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement : 2011 : 48p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : En ligne
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1890669

This paper explores four alternative indices for measuring health inequalities in a way that takes into account attitudes towards inequality. First, we revisit the extended concentration index which has been proposed to make it possible to introduce changes into the distributional value judgements implicit in the

standard concentration index. Next, we suggest an alternative index based on a different weighting scheme. In contrast to the extended concentration index, this new index has the 'symmetry' property. We also show how these indices can be generalized so that they satisfy the 'mirror' property, which may be seen as a desirable property when dealing with bounded variables. We empirically compare the different indices for under-five mortality rates and the number of antenatal visits in developing countries.

48528

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

Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region

Deuxième rapport d'étape sur les déterminants sociaux de la santé et le fossé dans le domaine de la santé dans la région européenne de l'OMS.

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe : 2011/09 : 63p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf

This interim second report sets out the approaches to tackling health inequities that have emerged from the work undertaken since WHO published the Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region in September 2010 as part of the review. This report further describes some of the Region's inequalities that were set out in the first report. Key developments reported are: the review's conceptual approach to the causes of health inequities and the policies and processes required to tackle these; analysis of recent time trends in the WHO European Region; identification of the key themes and issues that have emerged from the work of topic specific and cross-cutting task groups so far and that

will underpin the formulation of recommendations to be made by the review; emerging thinking on the role WHO, health ministers and other important actors can play in promoting health equity for current and future generations by promoting fairer and **more sustainable societies**; and • how the review fits into wider global action on the social determinants of health and the new European policy for health – Health 2020.

48438

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

FONSECA (R.), ZHENG (Y.)

Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

The Effect of Education on Health: Cross-Country Evidence.

L'impact de l'éducation sur l'état de santé : évidences transnationales

Rand Working Paper ; WR-864

Santa Monica. Rand Corporation: 2011/08 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2011/RAND_WR864.pdf

This paper sheds light on the causal relationship between education and health outcomes. It combines three surveys (SHARE, HRS and ELSA) that include nationally representative samples of people aged 50 and over from thirteen OECD countries. It uses variation in the timing of educational reforms across these countries as an instrument for education. Using IV-Probit models, it finds causal evidence that more years of education lead to a lower probability of reporting poor health and lower prevalence for diabetes and hypertension. These effects are larger than those from the Probit, that do not control for the endogeneity of education. The relationship between education and cancer is positive in both Probit and IV-Probit models. The causal impacts of education on other chronic conditions as well as functional status are not established using IV-Probit models

48436

INTERNET , BROCHURE

Commission Européenne. Direction Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de l'Inclusion. Bruxelles. BEL

Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne : 2011 : 22p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://bookshop.europa.eu/fr/r-duction-des-in-galit-s-de-sant-dans-l-union-europ-enne-pbKE3010290/>

Cette publication offre des informations actualisées sur les inégalités de santé entre les **États membres de l'Union européenne et à l'intérieur de ces pays. La brochure passe en revue plusieurs aspects de ces disparités dans le domaine de la santé, en particulier l'espérance de vie. Elle analyse aussi le rôle des déterminants de la santé, en mettant l'accent sur le gradient social, c'est-à-dire la dimension sociale qui existe pour ainsi dire au niveau de tous les facteurs influençant l'état de santé. Des explications spécifiques sont fournies sur le rôle des politiques européennes et nationales dans ce domaine précis, y compris concernant les possibilités de financement, ainsi que sur la contribution qu'elles peuvent apporter à la réduction des inégalités de santé. En guise de conclusion, la brochure présente trois études de cas qui permettent de souligner les améliorations atteintes dans des domaines comme la santé des enfants, la santé des demandeurs d'emploi et celle des membres de minorités ethniques.**

48044

DOCUMENT DE TRAVAIL

STOWASSER (T.), HEISS (F.), MCFADDEN (D.), WINTER (J.)

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

"Healthy, wealthy, and wise ?" revisited : An Analysis of the Causal Pathways from Socio-economic Status to Health.

"En bonne santé, riche et avisé" réexaminé : Une analyse des liens de causalité entre facteurs socioéconomiques et état de santé.

NBER Working Paper Series ; 17273

Cambridge : NBER : 2011/08 : 36p., tab., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17273>

Much has been said about the stylized fact that the economically successful are not only wealthier but also healthier than the less affluent. There is little doubt about the existence of this socio-economic gradient in health, but there remains a vivid debate about its source. In this paper, we review the methodological challenges involved in testing the causal relationships between socio-economic status and health. We describe the approach of testing for the absence of causal channels developed by Adams et al. (2003) that seeks identification without the need to isolate exogenous variation in economic variables, and we repeat their analysis using the full range of data that have become available in the Health and Retirement Study since, both in terms of observations years and age ranges covered. This analysis shows that causal inference critically depends on which time periods are used for estimation. Using the information of longer panels has the greatest effect on results. We find that SES causality cannot be ruled out for a larger number of health conditions than in the original study. An approach based on a reduced-form interpretation of causality thus is not very informative, at least as long as the confounding influence of hidden common factors is not fully controlled.

48041

RAPPORT

DORGELO (A.), POS (S.), VERVOORDELDONK (J.) et al.

Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention. (N.I.G.Z.). Woerden. NDL

Reasons for a differential impact of policies and interventions on the social gradient of health. A literature review.

Les causes de l'impact différencié des politiques et interventions sur le gradient social de la santé. Une revue de la littérature.

Woerden : Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention: 2011:12p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://members.kwitelle.be/GRADIENT/ images/wp3 literaturereviewdifferentialimpact.pdf>

This report presents a literature review carried out to determine the current state of knowledge on tackling the gradient in health. The main purpose of this literature review is to find an explanation for why people respond differently on (public health) policies and interventions. In other words, what are reasons for people to, for example respond positively on an invitation for a vaccination, or a health screening. Why do some people use financial incentives such as discounts on a membership **of a fitness centre and other people don't? The** information out of the review will be tested in practice. The found reasons out of the literature search are used as input for focus group discussions with policy makers and policy users. Finally, based on information out of research, practice and policy we are more capable to answer the question why people respond differently on (public health) policies and interventions. This will give us tools to reduce the steepness of the social gradient in health more successfully. Out of earlier research it appears that mortality declines with wealth, rank, social status and occupational grade also. The Whitehall study shows that the gradient in health is more than an effect of poverty: among Whitehall civil servants in the UK ill health and mortality are related to occupational grade. None of them were poor.

For this reason the review will not only focus on economic reasons to respond differently on a policy, but on psycho-social and cultural reasons also.

Justice sociale Social justice

48611

OUVRAGE

FORSE (M.) / dir., GALLAND (O.) / dir.

Les Français face aux inégalités et à la justice sociale.

Paris : Armand Colin: 2011: 280p., tabl., graph

Cote Irdes : A4262

<http://www.armand-colin.com/livre/378108/les-fran-cais-face-aux-inegalites-et-a-la-justice-sociale.php>

Il ne manque pas de Cassandres pour l'annoncer, le « vivre ensemble » ne saurait plus résister bien longtemps à la rancœur provoquée par la croissance des privilèges d'un tout petit nombre, le déclassé des couches moyennes, la montée de la grande pauvreté... Il ne manque pas non plus de moralistes pour déplorer l'égoïsme généralisé, l'individualisme roi, les corporatismes, les logiques de castes, l'oubli des idéaux républicains ou la perte de civisme. Il peut y avoir du vrai dans tout cela, mais la vérité de notre société n'est pas là et les Français n'ont pas basculé d'un bloc dans le désespoir social ou le cynisme désabusé. Leurs appréciations restent étonnamment fines et équilibrées, ouvertes à des solutions raisonnables plutôt que démagogiques. C'est ce qui ressort manifestement de cette grande enquête, récemment réalisée, sur la perception qu'ont les Français des différents types d'inégalités et sur leurs sentiments à l'égard de la justice sociale. Que rejettent-ils absolument, que tolèrent-ils, vers quels aménagements ou compromis tendent-ils ? Ce livre dresse le portrait moral d'un peuple pour lequel la triade républicaine – liberté, égalité, fraternité – garde toute sa valeur, pourvu qu'on sache la

décliner avec les nuances et la sagesse qui conviennent (4e de couverture).

Migrants Migrants

48607

RAPPORT, INTERNET

European Union Agency for Fundamental Rights. (F.R.A.). Vienne. AUT

Migrants in an irregular situation: Access to healthcare in 10 European Union Member States.

Les migrants en situation irrégulière : l'accès aux soins de santé dans 10 pays membres de l'Union européenne.

Vienne : European Union Agency for Fundamental Rights : 2011 : 64p., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf

Migrants in an irregular situation in the European Union (EU), namely those who do not fulfil conditions for entry, stay or residence, often suffer from specific health risks, such as those resulting from exploitative working conditions or precarious housing. As EU Member States, faced with an ageing population and the repercussions of a global economic crisis, struggle to contain public health expenditure, the right to health for all – regardless of legal status – must remain a key concern. This report of the European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) documents the legal, economic and practical obstacles that migrants in an irregular situation face in accessing healthcare in 10 EU Member States and proposes a number of ways to improve this access. The FRA found in particular that the risk of detection and deportation prevents migrants in an irregular situation from seeking healthcare, even in those countries where it is legally available, and suggests, among other improvements,

disconnecting healthcare from immigration control policies.

48506

OUVRAGE

AEBERHARD (P.), LEBAS (J.)
TABUTEAU (D.) / préf.

L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2011 : 104p.
Cote Irdes : A4252
<http://www.leh.fr/edition/autres-ouvrages/l-accès-aux-soins-des-migrants-des-sans-papiers-et-des-personnes-precaires-pour-un-droit-universel-aux-soins-9782848742199.html>

L'accès aux soins et à la santé des migrants, des sans papiers et des personnes précaires est au coeur de la santé publique et des droits de la personne. Pour remporter les défis juridiques et économiques à venir, il importe de continuer d'améliorer la politique de santé publique en faveur des migrants et du droit des « malades sans frontières » pour un droit universel aux soins. Pour cela, il convient de prendre en compte tous les témoignages des acteurs de terrain, des experts et scientifiques qui prennent en charge ces populations très hétérogènes. Cet ouvrage collectif réunit une quinzaine d'acteurs de la prise en charge des personnes migrantes ou précaires autour de Patrick Aeberhard, professeur associé à l'université Paris-8, et Jacques Lebas, professeur associé au CNAM, afin de développer les moyens politiques d'accès aux soins en France. Il se veut scientifique et pédagogique pour encourager ceux qui voudraient mettre en oeuvre une action ou participer à l'évolution législative en faveur **d'un droit universel aux soins. Traitant d'abord** de « la santé et les droits de l'homme », il apporte les données sociales, juridiques et médicales utiles pour appréhender les enjeux de l'accès aux soins des migrants, sans-papiers, puis précise les moyens que souhaitent les associations pour qui le droit universel aux soins constitue une priorité, ce que semblaient pouvoir permettre, ces dernières années, le revenu minimum d'insertion, la couverture médicale universelle, l'aide médicale d'État. Ce

livre, qui décrit les droits des personnes les plus exclues, est enfin un cri d'alarme pour nos sociétés confrontées à des remises en cause sans précédent et un appel à la construction d'un édifice juridique conforme à nos principes fondamentaux. « Il s'agit de construire une société d'ouverture et de respect, un État de droit et de sécurité pour tous » (Résumé de l'éditeur).

47795

RAPPORT

Comité Médical pour les Exilés.
(C.O.M.E.D.E.). Le Kremlin-Bicêtre. FRA.

La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2010.

Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés :
2011 : 65p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4215
<http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2009.pdf>

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede **un poste d'observation** unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation **précaire. Les rapports annuels d'activité et d'observation du Comede sont destinés aux** partenaires financiers et opérationnels du **Comede, ainsi qu'aux acteurs de la santé** publique et de la santé des migrants en France.

Pauvreté
Poverty

48657

RAPPORT

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

Suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en 5 ans : rapport au Parlement.

Paris : La Documentation Française : 2011/10 :
178p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000623/0000.pdf>

Le présent rapport annuel, qui est élaboré en application de l'article 1er de la loi n°2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion, a pour but de mesurer l'évolution de la pauvreté en France au regard de l'objectif de réduction d'un tiers en cinq ans de la pauvreté. Il analyse également les mesures et les moyens financiers mis en oeuvre pour y satisfaire.

Renoncement aux soins Non take-up

48460

Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris. FRA, Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé. Saint-Etienne. FRA

Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie.

Paris : Fonds CMU, St Etienne : CETAF : 2011/03 : 44p., tabl., annexes
Cote Irdes : en ligne
http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf

Les bénéficiaires de la CMU-C doivent normalement accéder aux soins sans participation financière, sauf exigence particulière. En conséquence, le phénomène du renoncement, et plus particulièrement pour raisons financières, a longtemps été considéré comme marginal. Pour autant, les acteurs de terrain, ainsi que les Enquêtes sur la santé et la protection sociale menées par l'IRDES, faisaient régulièrement remonter une information contradictoire. Pour en savoir plus, dans le cadre d'un groupe de travail initié par la Direction de la sécurité sociale, le Fonds CMU a demandé au CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé) d'effectuer une étude sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de la

CMU-C. Les CES sont des lieux privilégiés de rencontre et d'observation des bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C représentent autour de 14 % de la population reçue dans les centres d'exams de santé, alors que les bénéficiaires de la CMU-C ne comptent au total que pour 5,8 % de la population française. Près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin aux cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus d'un tiers des bénéficiaires a renoncé pour des raisons financières et presque un quart pour des raisons autres que financières. Toutefois, le bénéfice de la CMU-C fait significativement régresser le renoncement aux soins. On note une différence de plus de 13 points entre le taux de renoncement pour raisons financières pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis moins d'un an et pour celles qui en bénéficient depuis d'un an. Paradoxalement, un quart des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin pour des raisons financières avant même d'avoir consulté un professionnel de santé, ce qui correspond à plus des deux tiers des renoncements pour raisons financières. Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière sont les principaux motifs de renoncement. Ils concernent essentiellement le dentaire (soins et prothèses), puis les médicaments, l'optique et les consultations de spécialistes. Quand des parents renoncent à des soins pour leurs enfants pour raisons financières, la contrainte porte essentiellement sur les médicaments et l'orthodontie.

Géographie de santé/Geography of health

Distances

Distances

48054

RAPPORT

LUCAS-GABRIELLI (V.), COLDEFY (M.),
COM-RUELLE (L.)

Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Les distances d'accès aux soins en
France métropolitaine au 1er janvier
2007. 2 volumes avec annexes
méthodologiques.***

Paris : IRDES : 2011/06 : 124p.+ 137p., graph., tabl.,
ann.

Cote Irdes : R 1838, R 1839

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1838.pdf>

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1839.pdf>

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités. Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions

rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

Mobilités

Mobilities

48477

OUVRAGE

GATRELL (A.C.)

Mobilities and health.

Mobilités et santé.

Farnham : Ashgate Publishing Limited : 2011 :
12p.+229p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A4230

http://www.ashgate.com/default.aspx?page=637&catalogtitle=1&pageSubject=416&sort=pubdate&forthcoming=1&title_id=10356&edition_id=13655

Looking at health and health care in a new way, this book examines health risks and benefits as encountered 'on the move' rather than focusing on the risks and benefits incurred at fixed locations. The provision and utilization of health care is also investigated, as produced/delivered and consumed/accessed in mobile settings. Engaging with the contemporary concern with 'mobilities' this book covers many forms of movement and flow, including movements of people, disease, information and health care. The issues and problems which are considered - whether re-emerging infections, displaced persons, or the 'risks' of globalised travel - are of current and ongoing concern. Drawing on three main disciplines, geography, sociology, and epidemiology, author Tony Gatrell makes strong connections between these areas of

inquiry, drawing on (for example) social theorising, geographical concepts, and epidemiological methods and data. The book will be of interest to the growing number of geographers working on the geography of health, along with social scientists involved in the mobilities 'turn'. More broadly, as issues of global public health that invariably involve the movements of people, goods, viruses and information continue to hit the headlines, the book is both timely and of policy relevance (4e de couverture).

Paris

Paris

48017

RAPPORT

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

La santé observée à Paris. Tableau de bord départemental.

Paris : ORSIF : 2011 : 242p., graph., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ors-](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tableau%20de%20bord_Paris_2011.pdf)

[idf.org/dmdocuments/Tableau%20de%20bord_Paris_2011.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tableau%20de%20bord_Paris_2011.pdf)

L'objectif de ce document est de mettre à disposition des décideurs, des professionnels du domaine sanitaire et social mais aussi de toute personne intéressée par ces sujets, dans un document unique, une quantité importante de données et d'informations habituellement dispersées dans différents organismes nationaux et locaux. Conformément à la démarche "tableau de bord" élaborée par les ORS (Observatoires régionaux de la santé) et leur fédération au début des années 1990, chaque thème est traité selon un plan bien précis : - un résumé présente les faits marquants à Paris, - un texte référencé présente le contexte national du thème, - suivent ensuite des indicateurs illustrés par des graphiques ou des cartes commentés. Au terme de cette étude, la situation apparaît

relativement favorable à Paris au regard des principaux indicateurs de santé, globalement **meilleurs qu'en Ile-de-France** ou en France, ou **si l'on considère l'offre de soins, importante** et de qualité dans la capitale. Mais quelle que soit la thématique considérée, on constate des disparités territoriales fortes au sein de Paris qui regroupe, sur un petit territoire, des situations extrêmes de richesse et de pauvreté. Les arrondissements **favorisés et "bien portants"** de l'ouest s'opposent à ceux du nord et de l'est qui cumulent les handicaps dans bien des domaines.

Territoires de santé

Health areas

47663

RAPPORT

BRUGUIERE (M.T.)

Sénat. Délégation aux Collectivités Territoriales et à la Décentralisation. Paris. FRA

Les territoires de santé : rapport d'information.

Paris : Sénat : 2011/06/14 : 81p., ann.

Cote Irdes : B7047

<http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6001.pdf>

L'offre de soins, dans nombre de territoires français, n'est plus au diapason de la demande. En s'emparant, à son tour, de cette question, la Délégation du Sénat aux collectivités territoriales et à la décentralisation a souhaité l'aborder avec un regard différent : celui des élus locaux. Estimant qu'une politique efficace de protection de la santé ne peut se concevoir sans prendre en compte leur rôle et leurs attentes en la matière, le rapport avance une vingtaine de propositions pour assurer une répartition équilibrée de l'offre de soins sur l'ensemble des territoires.

Villes
Cities

48696

OUVRAGE

RICAN (S.), SALEM (G.), VAILLANT (Z.),
JOUGLA (E.)

***Dynamiques sanitaires des villes
françaises.***

Paris : La documentation française ; Paris : Datar :

2010 : 76p., tabl., carte

Cote Irdes : A4270

http://www.territoires.gouv.fr/sites/default/files/datar/t_ravaux12-dynamiques-sanitaires-synthese.pdf

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9_782110082633/index.shtml

D'importants changements ont marqué la géographie des villes françaises depuis les années cinquante. Dans le même temps, l'état de santé de la population et la distribution des

inégalités sanitaires se sont profondément transformés. L'objectif de cette étude est de constituer un état des lieux de ces dynamiques et de leurs interrelations sur la longue durée (1970-2000). Les territoires suivants, fortement contrastés font l'objet des études plus spécifiques : le Bassin parisien, le pourtour méditerranéen, le grand Nord-Est et le bassin rennais. En repérant les changements sanitaires urbains en cours, et en soulignant les tendances à l'oeuvre, cette approche permet d'éclairer le choix des décideurs. Cette étude s'adresse plus particulièrement à des chercheurs et des experts en géographie, en aménagement du territoire ou en santé publique ainsi qu'aux décideurs et acteurs publics, soucieux de bénéficier d'un éclairage nouveau sur les modes de constructions socio-territoriales de la société française (4e de couverture).

Soins de santé primaires/Primary health care

Centres de santé Health centers

47793

CHAPITRE

VILLEBRUN (F.), LOPEZ (R.)
LIMOUSIN (M.) / dir.

La prise en charge de la précarité : l'étude EPIDAURE.

Les centres de santé en mouvement.

Paris : Le Temps des Cerises : 2010 : 131-183, tabl.,
carte., tabl.

Cote Irdes : A4214

Après un historique sur la mesure de la pauvreté en France et une présentation du score EPICES, ce chapitre présente le projet EPIDAURE-CDS (Centres de santé), dont l'objectif principal est de réduire les inégalités d'accès aux soins des populations précaires en France.

47790

OUVRAGE

LIMOUSIN (M.) / dir.

Les centres de santé en mouvement.

Paris : Le Temps des Cerises : 2010 : 395p., tabl.,
carte

Cote Irdes : A4214

Les 1400 à 1500 centres de santé présents en France en 2010 regroupent des structures aux concepts extrêmement différents mais qui restent liés par des statuts communs fixés par la loi et par des valeurs partagées : non lucrativité de la structure, accessibilité sociale à la santé, salariat des professionnels de santé... Ce livre collectif rédigé par une trentaine de professionnels retrace l'histoire, le fonctionnement et la philosophie de ces centres de santé. Face à la crise et à la réforme des collectivités territoriales qui menacent le financement et le développement des centres de santé, cet ouvrage veut témoigner pour l'avenir de ces centres en montrant leur utilité et leur efficacité.

Choix des priorités Priorities setting

48510

RAPPORT , INTERNET

ROBINSON (S.), DICKINSON (H.),
WILLIAMS (I.) et al.
The Nuffield Trust. Londres. GBR

Setting priorities in health : A study of English primary care trusts.

*Choix des priorités en santé : une étude sur
l'organisation des soins primaires en
Angleterre.*

Londres : Nuffield Trust : 2011 : 84p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/setting-priorities-in-health-research-report-sep11.pdf>

The research reported in this document was designed to map the priority-setting activities taking place across the National Health Service (NHS) in England, and to explore and assess the effectiveness of these practices within specific local contexts. The questions that provided the basis for the research were as follows: What priority-setting tools, processes and activities are practised currently as part of the commissioning processes of English primary care trusts (PCTs)? What barriers are experienced by PCTs seeking to implement explicit priority setting, and how are these being addressed? What other strengths and weaknesses can be identified in current priority-setting practice? What learning can be derived that will be instructive for future priority setting within the NHS and elsewhere?

Convention médicale
Medical agreement

48014

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

***La convention médecins - Assurance
maladie : un nouveau partenariat en
faveur de la qualité des soins.***

Paris : CNAMTS : 2011/07/26 : 48p., tabl., cartes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/DP_Convention_medicale_2011_vdef.pdf

Ce dossier de presse présente la nouvelle convention signée entre l'Assurance Maladie et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France) et qui va régir leurs relations pendant les cinq prochaines années. Cette convention médicale réforme le mode de rémunération des médecins libéraux en généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce nouveau dispositif tend à développer la prévention, à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et à favoriser l'efficacité et l'organisation du système de soins. D'autres mesures concernant le parcours de soins coordonnés, l'aide à l'installation dans les zones sous dotées et la modernisation des pratiques médicales ont été actées.

Démographie médicale
Medical demography

47655

RAPPORT, INTERNET

LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)

Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(C.N.O.M.). Paris. FRA

***Atlas de la démographie médicale en
France. Situation au 1er janvier 2011.***

Etude ; 44

Paris : Ordre national des médecins : 2011/06 :

210p., tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : B7050

<http://www.demographie-medicale.ordre.medecin.fr/atlas/2011.php>

Ce rapport est la cinquième édition de l'Atlas de la démographie médicale, réalisé à partir des chiffres du Tableau du Conseil national de l'Ordre des médecins au 1er janvier 2011. En dépit d'une hausse du nombre des médecins nouvellement inscrits (+2,5 % en un an, soit 5 392 médecins), les indicateurs soulignent l'écart croissant entre les médecins entrants et sortants (+11,2 % en un an, soit 4 310 médecins). La densité médicale recule (306,7 pour 100 000 habitants contre 308,8 l'année précédente) du fait de la hausse de la population et la répartition des praticiens sur le territoire reste très inégale. La moyenne d'âge est passée de 50 à 51,4 ans entre 2009 et 2010. Cette année, l'atlas confirme le désintérêt des nouvelles générations de médecins pour l'activité libérale. 70 % d'entre eux privilégient l'exercice salarial tandis que seulement 9,4 % ont choisi un mode d'exercice libéral. Sur cette part de jeunes médecins, 23 % ont fait le choix de s'installer en zone rurale, tendance qui vient contrer certaines idées reçues sur les réticences des jeunes médecins à s'installer en rural. Enfin le CNOM souligne l'afflux de médecins ayant obtenu leur diplôme hors de France (un quart des nouveaux inscrits en 2010), ces praticiens exerçant majoritairement dans les régions à faible densité médicale. L'arrivée non négligeable de médecins de nationalité étrangère en France, venus principalement d'Europe (un tiers de Roumanie), a conduit l'Ordre à analyser pour la première fois les flux migratoires de la formation à l'inscription des médecins au tableau. A la fin de cette année, la section Santé publique et démographie médicale du CNOM réalisera une nouvelle publication des Atlas Régionaux à l'échelle des bassins de vie permettant une analyse plus fine de l'offre du soin sur le territoire. Par ailleurs, le CNOM a réalisé deux études qualitatives : l'une auprès de médecins libéraux installés en 2009 et 2010, afin de comprendre les motivations et difficultés liées à leur exercice

actuel, et l'autre auprès des médecins ayant dévissé leur plaque au cours de l'année 2010. La première étude menée par le CNOM permet de mettre en lumière les attentes des nouveaux inscrits : ils souhaitent voir éviter les mesures coercitives, se diversifier les aides proposées. Ils sont favorables à une mixité des modes de rémunération et au travail en équipe. Surtout, ils considèrent qu'il est indispensable de faire connaître ce mode d'exercice durant les études. La seconde enquête du CNOM montre une évolution préoccupante du nombre de médecins qui dévissent la plaque avant l'âge de la retraite. Tâches administratives et charges financières trop lourdes, volume d'activité trop élevé et difficilement compatible avec une vie familiale sont autant de motifs ayant incité ces médecins à prendre cette décision. Plus d'un sur deux s'est tourné vers une activité essentiellement salariée.

48058

OUVRAGE

WALLACH (D.)

KOUCHNER (G.) / préf.

Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins.

Paris : Springer : 2011 : 289p.

Cote Irdes : A4229

<http://www.eyrolles.com/Sciences/Livre/numerus-clausus-9782817802053?PHPSESSID>

A partir d'une source bibliographique unique, les articles du " Quotidien du Médecin " parus entre 30 janvier 1971 et le 18 décembre 2009, l'auteur retrace l'histoire du Numerus clausus instauré en France en 1971 à l'entrée en deuxième année des études de médecine. Il détaille les arguments présentés par les partisans et les opposants du Numerus clausus, les motivations universitaires, hospitalières, politiques, économiques, syndicales. Puis, il s'intéresse à la limitation de l'accès au troisième cycle des études médicales mise en place au début des années 1980, sorte de second Numerus clausus. Enfin, dans un dernier point, il relate l'histoire des tentatives qui ont été menées, des années post-68 à la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires)

de 2009, pour modifier les structures de pouvoir dans les hôpitaux.

Gestion de la maladie

Disease management

48642

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

Does better disease management in primary care reduce hospital costs?

Une meilleure gestion de la maladie en contexte de soins primaires permet-elle de réduire les coûts hospitaliers ?

CHE Research Paper Series ; 65

York : University of York : 2011/08 : 33p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP65_Disease_management_in_PC_reduce_hospital_costs.pdf

Cette nouvelle étude de l'Université de York examine si une meilleure gestion des soins de santé primaires pour dix maladies chroniques conduit à des réductions des coûts hospitaliers. L'analyse d'une base de données de cinq millions de patients britanniques dans huit mille centres de soins de médecine générale a révélé que seule la performance des soins de santé primaires en matière de maladies cardiaques entraîne une baisse des coûts hospitaliers.

Performance
Performance

47364

OUVRAGE

GILLAM (S.) / éd., SIRIWARDENA (A.N.) / éd.
HEALTH (I.) / préf.

The Quality and Outcomes Framework (QOF) : transforming general practice.

Accord-cadre sur la qualité des soins et la rémunération à la performance : transformer la pratique en médecine générale.

Oxon : Radcliffe Publishing : 2011 : 170p., tabl., graph., index
Cote Irdes : A4195
<http://www.amazon.co.uk/Quality-Outcomes-Framework-Transforming-Practice/dp/1846194563>

The Quality and Outcomes Framework has deeply divided UK general practitioners. I commend this book and applaud its determination to scrutinise every aspect of the Quality and Outcomes Framework - good and bad and in-between. - From the Foreword by Iona Heath General practice in the UK faces transformation following the introduction of the Quality & Outcomes Framework (QOF), a pay-for-performance scheme unprecedented in the NHS, and the most comprehensive scheme of its kind in the world. Champions claim the QOF advances the quality of primary care; detractors fear the end of general practice as we know it. The introduction of the QOF provides a unique opportunity for research, analysis and reflection. This book is the first comprehensive analysis of the impact of the QOF, examining the claims and counter-claims in depth through the experience of those delivering QOF, comparisons with other countries, and analysis of the wealth of research evidence emerging. Assessments of the true impact of QOF will influence the development of health services in the UK and beyond. This book is essential reading for anyone with an interest in the future of general practice and primary care, including health

professionals, trainers, students, MRCPG candidates and researchers, managers, and policy-makers and shapers (4e de couverture).

Pratique médicale
Medical practice

48690

DOCUMENT DE TRAVAIL

REBITZER (J.B.), VOTRUBA (M.E.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Organizational Economics and Physician Practices

L'économie organisationnelle et les pratiques des médecins.

NBER Working Paper Series ; n° 17535
Cambridge : NBER : 2011/10 : 29p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : en ligne

Economists seeking to improve the efficiency of health care delivery frequently emphasize two issues: the fragmented structure of physician practices and poorly designed physician incentives. This paper analyzes these issues from the perspective of organizational economics. We begin with a brief overview of the structure of physician practices and observe that the long anticipated triumph of integrated care delivery has largely gone unrealized. We then analyze the special problems that fragmentation poses for the design of physician incentives. Organizational economics suggests some promising incentive strategies for this setting, but implementing these strategies is complicated by norms of autonomy in the medical profession and by other factors that inhibit effective integration between hospitals and physicians. Compounding these problems are patterns of medical specialization that complicate coordination among physicians. We conclude by considering the policy implications of our analysis - paying particular attention to proposed Accountable Care Organizations.

47828

OUVRAGE

GAUTIER (A.) / dir.
Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Vanves. FRA

***Baromètre santé médecins
généralistes 2009.***

Saint-Denis : INPES : 2011 : 258p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4225
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

Ce Baromètre santé décrit les perceptions et les comportements des généralistes en matière de vaccination, de dépistage des hépatites virales et du VIH, de prise en charge des problèmes d'addiction. Pour la première fois, il aborde la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou encore la formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique du patient. Il permet ainsi de mieux connaître les attentes des médecins, mais aussi les freins à certaines pratiques. Outre une analyse des données chiffrées et de leur évolution dans le temps, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre l'implication des médecins généralistes dans le domaine de la prévention.

Relations médecin-malade
Physician-patient relationships

48173

RAPPORT, INTERNET

COULTER (A.), COLLINS (A.)
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Making shared decision-making a
reality. No decision about me,
without me.***

*Faire de la prise de décision partagée une
réalité. Pas de décision me concernant sans
moi.*

Londres : King's Fund Institute : 2011 : 45p., fig.
Cote Irdes : en ligne
http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html

The government wants to place patients' needs, wishes and preferences at the heart of clinical decision-making, a vision articulated by the Secretary of State for Health, Andrew Lansley, in the phrase 'nothing about me, without me'. But what does this mean in practice? This report aims to answer that question. It clarifies what is meant by the term shared decision-making and what skills and resources are required to implement it and it also outlines what action is needed to make this vision a reality. The principle of shared decision-making in the context of a clinical consultation is that it should: support patients to articulate their understanding of their condition and of what they hope treatment (or self-management support) will achieve; inform patients about their condition, about the treatment or support options available, and about the benefits and risks of each; ensure that patients and clinicians arrive at a decision based on mutual understanding of this information; record and implement the decision reached. The paper outlines the importance of communication skills and sets out how clinicians might approach consultations to arrive at shared decisions. It also suggests that tools that help patients in making decisions are just as important as guidelines for clinicians. Clinicians will find evidence for the benefits of shared decision-making and practical support in implementing it.

Rémunération
Payment

48028

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
IEZZI (E.), LIPPI-BRUNI (M.), UGOLINI (C.)
University of Bologna. Department of
Economics. ITA

***The role of GP's compensation
schemes in diabetes care: evidence
from panel data.***

*Le rôle de la rémunération incitative du
médecin généraliste dans la prise en charge
du diabète : évidence issue de données de
panel.*

Rochester : Social Science Electronic publishing :
2011/06 : 34p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1873331

The design of incentive schemes that improve quality of care is a central issue for the healthcare sector. Nowadays we observe many pay-for-performance programs, where payment is contingent on meeting indicators of provider effort, but also other alternative strategies have been introduced, for example programs rewarding physicians for participation in diseases management plans. Although it has been recognised that incentive-based remuneration schemes can have an impact on GP behaviour, there is still weak empirical evidence on the extent to which such programs influence health outcomes. We investigate the impact of financial incentives in Regional and Local Health Authority contracts for primary care in the Italian Region Emilia Romagna for the years 2003-05. We focus on avoidable hospitalisations (Ambulatory Care Sensitive Conditions) for patients affected by type 2 diabetes mellitus, for which the assumption of responsibility and the adoption of clinical guidelines are specifically rewarded. We estimate a panel count data model using a Negative Binomial distribution to test the hypothesis that, other things equal, patients under the responsibility of GPs receiving a higher share of their income through these

programs are less likely to experience avoidable hospitalisations. Our findings support the hypothesis that financial transfers may contribute to improve quality of care, even when they are not based on the ex-post verification of performances.

47687

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HURLEY (J.), DE CICCA (P.), LI (J.),
BUCKLEY (G.)
McMaster University. Center for Health
Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).
Hamilton ON. CAN

***The Response of Ontario Primary
Care Physicians to Pay-for-
Performance Incentives***

*La réponse des médecins de premier recours
ontariens aux incitations financières du
système de paiement à la performance.*

Chepa working paper series ; 11-02
Hamilton : McMaster University : 2011/05 : 47p.,
tabl., fig. + annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.chepa.org/Libraries/PDFs/CHEPA_WP_11-2_1.sflb.ashx

Beginning in 1999, Ontario introduced pay-for-performance incentives for selected preventive primary care services and defined sets of other services provided by family physicians, with the goal of improving the quality of patient care. These performance incentives were considerably expanded in 2004. At the request of the Ministry and as part of the collaborative research program between the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) and the Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), CHEPA researchers undertook an evaluation of the effect of performance incentives on service provision in Ontario. This report presents the results of that evaluation

47769

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

KANTAREVIC (J.), KRALJ (B.)

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

**Quality and Quantity in Primary
Care Mixed Payment Models:
Evidence from Family Health
Organizations in Ontario**

*Qualité et quantité dans les modèles mixtes
de rémunération : évidence issue de groupes
de santé familiale en Ontario.*

IZA Working Paper ; 5762

Bonn : IZA : 2011/06 : 39p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5762.pdf>

This paper studies the impact of a mixed capitation model known as the Family Health Organization (FHO) on selected quality and quantity outcomes relative to an enhanced fee-for-service model known as the Family Health Group (FHG) among primary care physicians in Ontario, Canada. Using a panel of administrative data that covers one year before and two years after the FHO model was introduced in 2007, it finds that physicians in the FHO model provide about 6 percent fewer services and visits per day, but are between 8 and 15 percent more likely to achieve preventive care bonuses for senior flu shots, toddler immunizations, pap smears, and mammograms compared to physicians in the FHG model. These results are largely consistent with the hypothesis that the mixed payment model may reduce quantity and improve quality of health care relative to the fee-for-service model. It also finds that the FHO physicians have lower referral rates and enroll patients of similar complexity compared to the FHG physicians.

Sociologie médicale
Medical sociology

48471

OUVRAGE

BERCHE (P.), LEFRERE (J.J.)

Gloires et impostures de la médecine.

Paris : Editions Perrin : 2011 : 390p.

Cote Irdes : A4247

L'histoire de la médecine est riche d'épisodes hors du commun, admirables ou scandaleux. En témoignent ces vingt récits, choisis parmi les plus extraordinaires péripéties que connut la médecine au fil des siècles : des savants grecs qui autopsièrent pour la première fois des cadavres afin d'explorer les mystères du corps humain au docteur Laennec qui inventa le stéthoscope en regardant des enfants jouer avec un morceau de bois, en passant par ce virologue, qui séjourna parmi des cannibales pour identifier une maladie mystérieuse, ou parce neurologue qui, pendant la Première Guerre mondiale, voulut démontrer la supériorité physique et physiologique du Français sur l'Allemand en comparant le poids de leurs selles. Et que penser de ce Semmelweis qui sauva des milliers de femmes à l'accouchement par une prophylaxie simple et qui finit dans la folie, dénigré par ses confrères ? Que penser aussi de cet étrange Brown-Séquard qui tenta de régénérer la virilité de ses contemporains par des injections d'extraits testiculaires de cochon d'Inde ? Nombre de ces innovations médicales n'ont pu aboutir qu'à force d'énergie, de curiosité, d'invention, voire de bricolage. Tous les acteurs, cependant, ne furent pas animés par un idéal philanthropique. Des dérives impardonnables ont donné lieu à des drames et à des scandales, comme les bébés du thalidomide, le sang contaminé, et cette épouvantable enquête de Tuskegee, aux Etats-Unis, sur la syphilis chez une population noire que l'on regardait mourir sans la soigner. Cette conspiration du silence et du racisme, qui survint en plein XX^e siècle, doit rester dans les mémoires pour conforter cette certitude : science et conscience sont indissociables. Ces vingt aventures ayant jalonné

l'histoire de la médecine serrent au plus près la réalité des événements et des personnes, bannissent toute légende, tout mythe, toute affabulation. Certaines apparaîtront exaltantes et admirables, d'autres terribles ou grotesques. La plupart ont été de véritables épopées humaines, mettant en scène des personnalités singulières et à même de susciter, selon les cas, le respect ou l'opprobre (4^e de couverture).

47832

RAPPORT , INTERNET

MICHEL (F.B.), LOISANCE (D.), COUTURIER (D.), CHARPENTIER (B.)
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.).
Paris. FRA

Un humanisme médical pour notre temps.

Paris : Académie nationale de médecine : 2011 : 20p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.academie-medecine.fr/Upload/8-%20Rapport%20MICHEL%20Defense%20de%20l%20Humanisme%20Medical.pdf>

Tout au long de son histoire et de ses travaux, l'Académie nationale de médecine a été animée de la préoccupation constante d'inscrire ses démarches dans la tradition française d'une médecine humaniste. Depuis qu'elle exerce des fonctions de conseil auprès des ministères de tutelle, qu'elle s'attache aux avancées scientifiques, et propose des recommandations, elle a toujours considéré de son devoir de veiller aux pratiques d'humanisme médical, pour le respect et la dignité de la personne humaine souffrante. Ce rapport s'inscrit donc dans une longue suite de publications de l'Académie et de ses membres sur tous les sujets inhérents à ce thème. Il se propose de rappeler que les évolutions fructueuses et étonnamment rapides de la médecine du XXI^e siècle, ne dispensent en aucune façon de ses fondamentaux, c'est-à-dire une Clinique Humaniste.

47345

RAPPORT , INTERNET

AMBROISE-THOMAS (P.)
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.).
Paris. FRA

La situation de la médecine générale en France : réflexions et propositions.

Paris : Académie nationale de médecine : 2011/05/10 : 4p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2179>

Ce rapport rassemble les réflexions de l'Académie nationale de médecine sur la médecine générale en France et formule 7 propositions pour répondre à la situation de plus en plus préoccupant de cette spécialité. La société savante s'attaque, point par point, aux principaux problèmes qu'affrontent les médecins généralistes portant sur les études, la carrière, les patients, les tâches administratives, l'installation...

Soins intégrés

Integrated care

48644

RAPPORT , INTERNET

HAM (C.), CURRY (N.)
King's Fund Institute. Londres. GBR

Integrated care summary: What is it? Does it work? What does it mean for the NHS?

Synthèse sur les soins intégrés : que sont-ils ? Fonctionnent-ils ? Que cela veut-il dire pour le NHS ?

Londres : King's Fund Institute : 2011 : 8p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/integrated_care_ham.html

The aim of this paper is to describe the different forms of integrated care and to summarise evidence on their impact. The paper is based on a major review published by The King's Fund (Curry and Ham 2010) and

has been prepared in the light of the increased interest in integrated care arising out of the work of the NHS Future Forum and the government's response.

Hôpital/Hospital

Accréditation Accreditation

47727
RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Paris. FRA

Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé.

St Denis La Plaine : HAS : 2010/11 : 59p., tabl., annexes
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/rapport-matrix.pdf>

La certification des établissements de santé est aujourd'hui appelée à répondre aux interrogations des pouvoirs publics, des usagers et des professionnels de santé sur son utilité et sa pertinence ; à évoluer en fonction notamment des résultats d'études d'impact. Afin de répondre à cette exigence de reddition des comptes et à cette attente d'évaluation, la Haute Autorité de Santé a souhaité disposer d'un bilan des études d'impact déjà existantes : que nous apprennent la littérature scientifique et les études empiriques sur les effets de la certification, sur ses bénéfices et sur ses limites ? Quelles sont les méthodologies pertinentes pour évaluer l'impact de la certification ?

Centres hospitaliers universitaires Academic hospitals

47141
RAPPORT

GAILLARD (R.)
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris. FRA

Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire.

Paris : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche : 2011/05 : 168p.
Cote Irdes : B7036
http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Sante_secteur_hospitalier/53/6/Rapport_Gaillard_175536.pdf

La première partie de ce rapport porte sur la formation à la recherche, particulièrement la formation initiale, autour du rôle joué par la ou les premières années d'études pour construire les fondements du raisonnement scientifique. La seconde partie de ce rapport revient sur les statuts hospitalo-universitaires, de la vocation hospitalo-universitaire des chefs de clinique aux modalités de mise en place des postes faisant la jonction entre clinicat et poste universitaire titulaire. Les propositions de la mission l'amènent à préciser ce que peut être le concept de triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, et à rappeler que la qualification universitaire ne se superpose pas strictement avec la qualification médicale. Enfin la troisième partie de ce rapport analyse les modalités d'évaluation des hospitalo-universitaires tout au long de leur carrière.

Hospitalisation à domicile Home-based hospital

48508

RAPPORT

Deloitte Access Economics. Kingston. AUS

Economic analysis of Hospital in the Home (HITH).

Analyse économique de l'hospitalisation à domicile.

Kingston : Deloitte Access Economics : 2011 : 64p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

Hospital in the Home (HITH) is an Australian healthcare program that provides acute, sub-acute and post-acute treatments by healthcare professionals at patients' homes as a substitute for inpatient hospital care. This report by consulting firm Deloitte Access Economics investigates the cost effectiveness of HITH care relative to institutional care. HITH is administered by Australia's six states. The state of Victoria accounts for 75% of all HITH activity in the country.

Hospitalisations inadéquates Inappropriate hospitalisations

48626

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction Générale de l'Offre de Soins.
(D.G.O.S.). Paris. FRA, Sanesco. Paris. FRA

Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/08 : 245p., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fehap.fr/DATA/3_10_2011_14_11_24_INADEQUATIONS%20HOSPITALIERES%20Rapports%20Sanesco%20090609.pdf

Ce rapport présente les résultats d'une première étude nationale sur les inadéquations

hospitalières menée au printemps 2010 par le cabinet Sanesco, avec le soutien méthodologique de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Elle a concerné 11 régions, 73 établissements, qui représentent 4234 lits de médecine-chirurgie, ou encore 3445 dossiers patients, et mobilisé une soixantaine de médecins-conseils de l'Assurance maladie et médecins de santé publique. Elle visait à chiffrer les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire les lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée, dans les services de médecine et de chirurgie, lesquelles représentent 10,3 % des lits occupés. Ce taux d'inadéquation est plus important dans les services de médecine (17,5 %) que dans les services de chirurgie (5 %). Il est inférieur aux taux habituellement avancés dans la littérature, de l'ordre de 20 % à 30 %. L'étude distingue les inadéquations liées aux admissions, soit 3,8 % des hospitalisations, de celles liées au nombre de journées inadéquates (séjours trop longs 12,5 %). Pour ce qui est de l'inadéquation lors de l'admission, elle est due, dans près de 40 % des cas, à la demande expresse des médecins de ville. Les soins auraient dû être réalisés au domicile des patients - HAD (45 % des cas), en service de soins de suite et de réadaptation (27 %) ou en structures de soins de longue durée. Les journées non pertinentes s'expliquent avant tout par un défaut de lits en aval. Au final, l'étude chiffre, avec une précision époustouflante, à 2,3523 milliards d'euros le coût de ces inadéquations. Ce montant est en fait un ordre de grandeur qui ne tient pas compte notamment du coût de la prise en charge adéquate. La DGOS souhaite réduire de 50 % les lits occupés de manière inadéquate sur la durée des prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle préconise notamment de poursuivre la fluidification des filières de prise en charge d'aval : développement des coopérations entre structures, organisation des parcours territoriaux via les ARS (Agences régionales de santé). Une réflexion

xion sera aussi menée sur l'amont de l'hospitalisation pour améliorer l'adressage par les médecins de ville (en particulier les généralistes). L'Assurance maladie pourrait aussi apporter sa contribution grâce à ses expérimentations sur la gestion des sorties d'hospitalisation. Une étude nationale sur les inadéquations en SSR pourrait voir le jour probablement courant 2012.

Organisation hospitalière *Hospital organisation*

48562

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de)

L'hôpital.

Paris : Presse Universitaires de France (PUF) :
2011 : 127p.

Cote Irdes : A3067 (2011)

<http://livre.fnac.com/a2646407/Jean-de-Kervasdoue-L-hopital>

L'hôpital a non seulement de multiples fonctions et de nombreux visages, c'est aussi une institution ouverte 24 heures sur 24 accueillant toutes les détresses. La réforme des systèmes de santé se met en place peu à peu et cet ouvrage aide à comprendre l'organisation des institutions hospitalières, les enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques mais aussi éthiques qui s'y rattachent.

48059

OUVRAGE

FOUDRIAT (M.)

HERREROS (G.) / préf.

Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Rennes : Editions EHESP : 2011 : 314p.

Cote Irdes : A4230

<http://www.presses.ehesp.fr/social-et-medico-social/collection-l-politiques-et-interventions-sociales-r/Details/273/48/social-et-medico-social/collection-politiques-et-interventions->

[sociales/le-changement-organisationnel-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux.html](#)

Cet ouvrage répond aux questions à la fois théoriques et pratiques liées au changement organisationnel, devenu une préoccupation majeure du secteur social et médico-social. Il dresse un panorama critique des principaux courants et concepts de management du changement, et fournit des principes méthodologiques pour élaborer des dispositifs collectifs dans le cadre spécifique des établissements sociaux et médico-sociaux. Rompant avec les approches classiques du changement organisationnel, cet ouvrage prône la co-construction des procédures de changement et l'idée de « changement continu » au sein des établissements. Il affirme la nécessité de dépasser une lecture psychologisante des résistances des acteurs au changement pour mieux prendre en compte la complexité systémique et stratégique. De nombreuses situations réelles sont commentées pas à pas et illustrent les propos théoriques : gestion des crises d'enfants autistes dans une MAS (**Maison d'accueil spécialisée**), mise en conformité d'un ESAT (**Etablissement et service d'aide par le travail**) avec la loi de 2002, élaboration d'un référentiel de pratiques dans un service ASE (**Aide sociale à l'enfance**) ... L'ouvrage fournit des clés mobilisables par tous les professionnels concernés par la conduite collective de changements dans les établissements : directeurs, responsables des ressources humaines, consultants, professionnels du terrain... (4e de couverture).

Performance
Performance

48038

DOCUMENT DE TRAVAIL

GOODAL (A.H.)

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

Physician-Leaders and Hospital Performance : Is There an Association?

Y a-t-il un lien entre la présence de médecins dirigeants et la performance hospitalière ?

IZA Working Paper: 5830

Bonn : IZA : 2011/06 : 23p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5830.pdf>

Although it has long been conjectured that having physicians in leadership positions is valuable for hospital performance, there is no published empirical work on the hypothesis. This cross-sectional study reports the first evidence. Data are collected on the top-100 U.S. hospitals in 2009, as identified by a widely-used media-generated ranking of quality, in three specialties: Cancer, Digestive Disorders, and Heart and Heart Surgery. The personal histories of the 300 chief executive officers of these hospitals are then traced by hand. The CEOs are classified into physicians and non-physician managers. The paper finds a strong positive association between the ranked quality of a hospital and whether the CEO is a physician ($p < 0.001$). This kind of cross-sectional evidence does not establish that physician leaders outperform professional managers, but it is consistent with such claims and suggests that this area is now an important one for systematic future research.

Réforme hospitalière
Hospital reform

47831

RAPPORT , INTERNET

FOURCADE (J.P.)

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

Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 75p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lagazettedescommunes.com/69911/exclusif-rapport-et-proposition-de-loi-fourcade-la-loi-hpst-modifiee-et-evaluee/>

Ce rapport d'étape du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, fait une évaluation de la mise en oeuvre du volet hospitalier de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), deux ans après sa publication. Une partie importante du rapport est consacrée aux changements introduits par la loi dans la gouvernance hospitalière (mises en place des nouvelles instances et leur impact sur les équilibres institutionnels, transformations du **management de l'hôpital**). **Le comité s'est ensuite penché sur l'intégration de l'hôpital dans son environnement.** Plus particulièrement, il a examiné les changements **introduits par la loi dans l'exercice des missions de service public et dans les structures de coopération.** **Le comité s'est intéressé au fonctionnement des ARS (Agences régionales de santé).** La troisième partie du rapport est consacrée au décloisonnement du **système de santé.** **A cet égard, le comité s'est intéressé au dispositif de planification du système de santé et au décloisonnement des professions de santé.** La dernière partie du **rapport traite du dispositif d'accompagnement des transformations de la gouvernance et du management de l'hôpital.** **Il s'est intéressé aux missions et au fonctionnement de l'ANAP (Agence nationale d'amélioration de la performance), ainsi qu'au dispositif de**

formation des équipes de direction, à la formation continue des médecins hospitaliers et à la formation des managers de la santé. En conclusion, six observations essentielles se dégagent des travaux du comité d'évaluation. La quasi-totalité des acteurs de terrain, après des réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu, demande que les règles soient stabilisées. L'accès à des soins de qualité suppose que soit réformé le dispositif d'affectation des ressources de l'assurance maladie aux différents éléments du système de santé. L'extrême centralisation du processus de décision de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) est un facteur de dysfonctionnement pour les ARS qui mettent en oeuvre une culture déconcentrée. La gouvernance des établissements hospitaliers demande quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. L'action de l'Etat portée par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le comité souhaite souligner la situation particulière des régions ultramarines. L'observation finale concerne la faiblesse du dispositif d'accompagnement de la réforme engagée par la loi HPST. Le rôle du CNG (Centre National de gestion) reste ambigu, les interventions de l'ANAP sont trop dispersées. Dans ce rapport d'étape, le comité émet 33 recommandations pour améliorer le dispositif dans les hôpitaux et au sein de leur environnement.

Réseaux de soins coordonnés Health services networks

48526

DOCUMENT DE TRAVAIL

DAVID (G.), RAWLEY (E.), POLSKY (D.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Integration and Task Allocation: Evidence from Patient Care

*Intégration et affectation des tâches :
evidence pour les soins au patient.*

NBER Working Paper Series ; n° 17419
Cambridge : NBER : 2011/09 : 33p., fig., tabl.,
annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17419>

This paper develops a formal model to show how integration solves task allocation problems between organizations and test the predictions of the model, using a large and rich patient-level dataset on hospital discharges to nursing homes and home health care. As predicted by the theory, it finds that vertical integration allows hospitals to shift patient recovery tasks downstream to lower cost delivery systems by discharging patients earlier and in poorer health, and integration leads to greater post-hospitalization service intensity. While integration facilitates a shift in the allocation of tasks, health outcomes are no worse when patients receive care from an integrated provider. The evidence suggests that by improving the allocation of tasks, integration solves coordination problems that arise in market exchange.

Tarification hospitalière Hospital payment system

48726

RAPPORT

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

Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011 : 58p.,
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Le présent rapport détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en oeuvre de la T2A. Il constate que la tarification à l'activité est entrée dans une phase de maturité et de stabilité, souligne que c'est un système nécessairement complexe mais transparent, évoluant pour s'adapter aux pratiques des établissements et aux orientations des politiques publiques. Enfin, la T2A doit être inscrite dans une gestion responsable des finances publiques.

48725

RAPPORT

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

Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011 : 101p.,
tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_191011.pdf

Dans ce rapport, le ministère revient sur l'historique du mécanisme de convergence et dresse à la fois le bilan d'avancement du processus de la convergence intersectorielle sur 2010-2011 et le bilan des recommandations du rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) de 2006. L'objectif de convergence fait partie des principes de base de la

réforme de la Tarification à l'activité : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire entre établissements d'un même secteur, ayant pour but une mise en oeuvre progressive de la T2A pour permettre aux acteurs et aux structures de s'y adapter ; la convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre établissements des secteurs public et privé, consistant à rapprocher les 2 échelles tarifaires (ex-Dotation globale (DG) et ex-Objectifs quantifiés nationaux (OQN) hors écarts de charges justifiés. La convergence intra sectorielle a été atteinte, avec un an d'avance, au 1er mars 2011 dans les secteurs public et privé. Elle s'est effectuée au moyen des coefficients de transitions propres à chaque établissement. Les conditions de financement sont donc désormais équivalentes entre établissements d'un même secteur. Le ministère rappelle ensuite le principe d'une convergence tarifaire d'ici 2018 (LFSS 2010) vers les tarifs les plus bas (LFSS 2011) et non plus vers les tarifs privés (LFSS 2008).

48045

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

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

Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries

*Description des approches alternatives pour
mesurer et attribuer une valeur aux services
fournis par les hôpitaux dans sept pays de
l'OCDE.*

OECD Health Working Paper: 56

Paris : OCDE : 2011/04 : 114p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/5kgdt91bpg24-en>

Most OECD countries use a mix of payment arrangements to finance hospital acute care. These lead to various different incentives for the quantity, quality and productive efficiency of hospital services. Of particular interest are per case/diagnosis related group (DRG) payments, which directly relate to actual levels

of activity. They are fees established prospectively for a single product delivered by the hospital. In a survey of health systems characteristics carried out in 2009, 17 (out of 29 respondents) OECD countries reported the use of a payment per case/DRG. But are these DRG-based prices a reliable way of comparing costs across countries? The answer depends crucially on whether the same definitions are used to generate DRG payments across countries. This paper provides a description of the classification systems used to measure hospital services in selected OECD countries: Australia, Canada, England, France, Germany, Norway, and the United States. Three classifications are relevant: those on diagnoses; on procedures; and on products. In addition, methods used to measure the cost of hospital services are reviewed.

Professions de santé/Health professions

Assistantes dentaires Dental assistants

47798

RAPPORT

DUHAMEL (G.)

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

Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique.

Paris : Igas : 2011/07 : 45p.

Cote Irdes : C, B7058

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000287/0000.pdf>

Par lettre du 11 juin 2009, la ministre de la santé et des sports a confié à l'Inspection générale des affaires une mission sur l'opportunité et les modalités de l'inscription de la profession d'assistant(e) dentaire dans le Code de la santé publique, ce qui correspond à une demande formulée depuis quelques années par les représentants des assistant(e)s dentaires et par une partie des organisations professionnelles de chirurgiens-dentistes. La mission recommande que la qualification des assistant(e)s dentaires soit mise à niveau et harmonisée dans les différents centres de **formation agréés par l'Etat. Elle préconise que des stages pratiques en dehors du cabinet employeur soient mis en place, notamment en établissement de santé, et dans différents lieux pour intervenir en prévention (EHPAD, centres scolaires, lieux de détention...).** Elle **préconise également l'inscription de cette profession dans le Code de la santé publique.**

Conditions de travail Working conditions

47729

RAPPORT

WISKOW (C.), ALBREHT (T.), DE PIETRO (C.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. INT

How to create an attractive and supportive working environment for health professionals

Comment créer un environnement de travail attractif et favorable pour les professionnels de santé.

Health Systems and Policy Analysis.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe :
2010 : 35p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf

Health policy-makers face the challenge of matching increasing demand for health care with a sufficient supply of health professionals in times of existing and projected health-workforce shortages. The work environment constitutes an important factor in the recruitment and retention of health professionals, and the characteristics of the work environment affect the quality of care both directly and indirectly. Addressing the work environment, therefore, plays a critical role in ensuring both the supply of a health workforce and the enhancement, effectiveness and motivation of that workforce. The purpose of providing attractive and supportive work environments is to create incentives for entering – and remaining in – the health professions, and to provide conditions that enable health workers to perform effectively (to achieve high-quality health services). Given the complexity of the work-environment issues to be addressed, policy responses need to be multidimensional, cross-cutting and inclusive. For coherent policies, policy action has to

be considered at four levels: international/regional level; national level; sectoral level; and local/organizational level. Effective solutions are context-related and therefore priority has to be given to the local and organizational level. The other levels provide the legislative and regulatory framework and provide guidance and support for the development of workplace policies. Two examples of what can be done to improve the quality of the work environment in the health professions include policy approaches to promote a healthy balance between family life and work, and the enhancement of the **protection of workers' health**. In order to encourage health-sector employers to make a commitment to positive work environments, the development of workplace assessment/recognition programmes could be considered.

Infirmiers Nurses

48231

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BUCHAN (J.), BLACK (S.)

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

The Impact of Pay Increases on Nurses' Labour Market: A Review of Evidence from Four OECD Countries

L'impact des augmentations de salaires des infirmiers sur le marché du travail des infirmiers. Une revue des évidences issue de quatre pays de l'OCDE.

OECD Health Working Paper; 57

Paris : OCDE : 2011/08 : 42p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/5kg6jwn16tjd-en>

Nurses are usually the most numerous professionals in the healthcare workforce, and their contribution is a core component in attaining the policy objectives of improved productivity, quality of care and effectiveness

in the health sector. The recent global economic crisis, and its related impacts on health sector funding and health labour market dynamics, has reinforced these policy priorities. This report reviews the impact of **pay increases on nurses' labour market indicators**. It presents background data on trends in the numbers of nurses and the remuneration of nurses in OECD countries; summarises the limited evidence base on pay and labour market behaviour; reports on four case study countries where a significant pay raise was awarded to at least some categories of nurses in recent years in response to perceived labour market challenges – the United Kingdom (UK), New Zealand, Finland and the Czech Republic – using a variety of indicators to illustrate impact; and concludes with key points for policy makers. There has **been variable growth in nurses' employment levels in OECD countries in recent years, and nurses' pay rates, in comparison to other earnings in national economies, vary markedly across OECD countries**. The country case studies in this report highlight that there were several main drivers for the implementation of a pay rise for nurses, and also identified a range of possible indicators that can be used to **assess the impact of changes to nurses' pay**. The main impetus for a pay increase came from: labour market concerns (geographic or specialty shortages), which were reported in all four countries; pay equity issues (New Zealand and the UK); structural changes in the pay systems (e.g., increased flexibility) (Finland, New Zealand and the UK); attempts to improve organizational productivity and the quality of care (UK); and improving international pay competitiveness (Czech Republic after EU accession). The review concludes by arguing that how nurses are paid - as well as how much they are paid – is an issue worthy of more detailed examination. While the same policy **drivers exist in most OECD countries, nurses' pay systems are very different**. The findings suggest that, in the short term at least, the pay increases in the four countries contributed to an increase in the potential "new" supply of entrants to nurse education; the effect on those already in work is more difficult to assess, as

their behaviour is also impacted by the complex interaction of other aspects, such as working environment and working conditions, career possibilities, and individuals' priorities.

Mobilité professionnelle Professional mobility

48672

OUVRAGE , INTERNET

WISMAR (M.) / éd., GLINOS (I.A.) / éd., MAIER (C.) / éd. et al.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries.

Mobilité des professionnels de santé et systèmes de santé : résultats provenant de 17 pays européens.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011 : 597p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf

The mobility of health professionals affects the performance of health systems, and increasingly so since the European Union (EU) enlargements in 2004 and 2007. This publication presents research on the gaps in knowledge about the numbers, trends, impacts and policy responses to this dynamic situation, in particular in Austria, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Turkey and the United Kingdom. Conducted within the framework of the European Commission's Health PROMeTHEUS project, the research posed and answered a set of questions of key interest to policy-makers, offering evidence of the nature and extent of health professionals' mobility in the EU, analysing its impact on country health

systems and outlining some major policy strategies to address mobility.

Pharmaciens d'officines Pharmacists

47772

RAPPORT

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

Les pharmaciens : statistiques au 1er janvier 2011.

Paris : C.N.O.P. 2011 : 241p., tabl.
Cote Irdes : S46/1

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1^{er} janvier 2011. La répartition harmonieuse des pharmaciens en contact avec le public, biologistes, hospitaliers et officinaux, est toujours une **réalité sur l'ensemble du territoire, même si on note un certain infléchissement de la démographie**. Les zones rurales et les zones sensibles ne sont pas désertées. La régulation territoriale remplit pleinement ses objectifs. Dans un système de santé qui souffre, l'Ordre national des pharmaciens renforce son action **pour garantir l'accès aux soins à tous**.

47771

FASCICULE

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

Panorama au 1er janvier 2011.

Paris : C.N.O.P. : 2011 : 34p., carte, graph., tabl.
Cote Irdes : S46/2

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

Sociologie
Sociology

48229

OUVRAGE

CHAMI (J.) / coord., FABLET (D.) / coord.

Professionnels de santé et analyse des pratiques.

Paris : L'Harmattan : 2011 : 198p.

Cote Irdes : A4242

Voici le onzième ouvrage collectif sur l'analyse des pratiques professionnelles, consacré celui-là aux professionnels de santé. Il vise à explorer diverses professions concernées : médecins, infirmiers, psychologues. Quel rôle joue aujourd'hui l'analyse des pratiques dans la formation initiale et continue de ces professions ? L'investigation s'est portée sur ces catégories professionnelles qui subissent des évolutions croissantes, mais aussi sur la diversité des champs d'exercice : pratiques libérales, hospitalières, mixtes (4e de couverture).

47112

OUVRAGE

CHAMPY (F.)

Nouvelle théorie sociologique des professions.

Paris : Presses Universitaires de France : 2011 : 284p.

Cote Irdes : A4184

http://www.puf.com/wiki/Autres_Collections:Nouvelle_th%C3%A9orie_sociologique_des_professions

Injonctions à la performance, contrôle renforcé des coûts, bureaucratisation des contextes de travail : comment ces évolutions affectent-elles la qualité et la pertinence du travail des médecins, des enseignants ou encore des travailleurs sociaux ? Les sociologies classiques des professions sont impuissantes à répondre à cette question pourtant cruciale. Par crainte de reprendre à leur compte une conception particulière du travail, elles insistent en effet depuis un demi-siècle sur la diversité des conceptions **légitimes d'une même activité, et s'interdisent ainsi de penser des critères**

partagés et durables de la pertinence du travail professionnel. Un changement de paradigme **s'imposait donc pour surmonter les difficultés** théoriques et pratiques liées à cette approche relativiste du travail professionnel. Cet ouvrage **répond à ce défi. A partir d'une série de recherches sur l'architecture et de développements** sur de nombreuses autres professions, il propose un cadre théorique original pour penser simultanément les contraintes normatives stables inhérentes à une activité, et la diversité des conceptions qui **s'y affrontent. Puis il montre quels processus** entravent la recherche de solutions appropriées aux problèmes traités.

Médicaments/Pharmaceuticals

Biosimilaires Biosimilars

48010
RAPPORT, INTERNET

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

Des médicaments issus des biotechnologies aux médicaments biosimilaires : état des lieux. Rapport d'expertise.

St Denis : AFSSAPS : 2011 : 19p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/132b69b9562106e97fb1516417326fce.pdf

Un médicament biosimilaire est semblable à un médicament biologique de référence qui a déjà été autorisé en Europe. Le principe de **biosimilarité s'applique à tout médicament biologique** dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les produits biosimilaires sont autorisés selon des conditions strictes afin de garantir la sécurité des patients. **L'autorisation de mise sur le marché (AMM)** est délivrée sur la base d'une équivalence de résultats pharmacologiques et cliniques, et non pas uniquement sur la seule base de la bioéquivalence pharmacocinétique. Ainsi, et contrairement aux produits génériques, le **dossier de demande d'AMM repose tout d'abord sur une notion de comparaison avec un médicament choisi comme référence** et surtout nécessite de soumettre des données dans les trois domaines que sont la qualité, la **sécurité et l'efficacité** clinique. La démonstration de la biosimilarité nécessite donc de nouveaux essais précliniques et cliniques. Quatorze spécialités pharmaceutiques ont été autorisées en Europe sous le statut de médicament biosimilaire. Ce rapport revient à la fois sur le **processus d'autorisation de mise sur le marché** de ces médicaments biosimilaires et en dresse un état des lieux précis.

Chiffres-clés Key data

47830
RAPPORT

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

Mémento du médicament 2011.

Paris : FNMF : 2011/07 : 10p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-presse/Memento-Medicament-la-nouvelle-edition-2011>

Le Mémento Médicament de la Mutualité Française fournit chaque année aux décideurs mutualistes et acteurs du système de santé les principales données sur le marché du médicament et son financement par les mutuelles en France. Cette année, une place particulière est accordée à **l'évolution du recours aux médicaments génériques au sein du répertoire**. Malgré un élargissement progressif de celui-ci à de nouvelles molécules génériques, il est constaté une diminution du recours aux génériques. Cette situation **s'explique notamment par l'augmentation de l'utilisation de la mention « non substituable »** par les prescripteurs, mais aussi par une moindre acceptation des génériques par les patients. Le ticket modérateur des médicaments à vignette orange remboursés à 15 % **s'est élevé à 769 millions €** en 2010 (+5 %). Toutefois, on note une diminution significative du nombre de boîtes délivrées en pharmacie qui a amorti en partie le poids du transfert de charge vers les complémentaires. Enfin, le médicament représente toujours le premier poste de dépenses des mutuelles (3,8 **milliards €** remboursés en 2009). En y intégrant les dispositifs médicaux, les remboursements des mutuelles consacrés aux produits de santé **s'élèvent à 5,7 milliards € soit près de 42 %** de leurs remboursements.

Comité Economique des Produits de Santé
Economic Comitte for Health Products

48030

RAPPORT , INTERNET

Comité Economique des Produits de Santé.
(C.E.P.S.). Paris. FRA

Comité Economique des Produits de Santé : rapport d'activité 2010.

Paris : CEPS : 2011/07 : 96p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_2010_Final.pdf

Le présent rapport décrit les principales **activités du comité au cours de l'année 2010**. La première partie porte sur les médicaments et traite successivement du marché et des remboursements de médicaments en 2010 (**chapitre I**), de l'**activité de fixation des prix** (chapitre II) et de la régulation conventionnelle (chapitre III). La deuxième partie concerne les produits de santé autres que les médicaments. Le chapitre I est consacré à la description du marché et à l'**évolution des dépenses de dispositifs médicaux**. Le chapitre II traite de l'**activité du comité en matière de tarifs et de prix des produits et prestations définis par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale**. Enfin, le **chapitre III présente l'activité de modification des prix et des tarifs des dispositifs médicaux**. La troisième partie porte sur la contribution du **CEPS à la politique d'attractivité du territoire**.

Déremboursement
Delisting

48458

DIPLOMES

BAYON (E.)

Université Jean-Monnet. Faculté de Médecine.
Paris. FRA

Etude de l'impact du déremboursement des veinotoniques sur la prise en charge de la maladie veineuse.

Thèse : Doctorat en médecine.

Saint-Etienne : Université Jean Monnet, Faculté de Médecine : 2007 : 32p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : B7072

Le service médical rendu des veinotoniques ayant été considéré comme insuffisant, ces médicaments ne sont plus remboursés en 2008. Le but de ce travail a été d'évaluer l'impact du déremboursement de ces molécules sur la prise en charge thérapeutique de la maladie veineuse chronique en médecine générale. A travers une enquête prospective s'appuyant sur un questionnaire standardisé, ont été prises en compte les caractéristiques des patients consultant pour le renouvellement d'un traitement par veinotoniques ainsi que celles de l'insuffisance veineuse dont ils souffraient. La stratégie thérapeutique adoptée par le praticien face aux veinotoniques était exprimée au travers de trois modalités : poursuite, indépendamment du contexte de déremboursement, renouvellement, tant qu'il persiste un remboursement partiel, arrêt des veinotoniques.

Industrie pharmaceutique
Pharmaceutical industry

48470

OUVRAGE

LA ROSA (E.)

Les vendeurs de maladie. Comment l'industrie pharmaceutique prospère en nous manipulant.

Paris : Fayard : 2011 : 197p..

Cote Irdes : A4246

Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. La formule du Dr Knock pouvait faire sourire avant le scandale du Médiator. Car à trop vouloir soigner avec des médicaments réels des maladies virtuelles, on a fini par intoxiquer des gens bien portants, allant parfois jusqu'à les tuer. Chiffres et molécules à l'appui, Emilio La Rosa alerte sur la médicalisation croissante de la vie. Pourquoi vouloir créer de nouvelles pathologies ? Parce qu'un secteur économique (l'industrie pharmaceutique) a besoin que nous consommions toujours plus de médicaments. La santé n'est pas rentable ? Qu'à cela ne tienne, fabriquons des maladies ! Être un enfant turbulent, un adulte timide, avoir le trac ou un peu de tension deviennent ainsi de véritables pathologies qu'il faut traiter. Le danger, c'est que les pilules prescrites ont souvent des effets secondaires imprévus, à défaut d'avoir des effets principaux avérés. Et qu'elles coûtent des milliards d'euros à la collectivité, creusant le déficit de la Sécurité sociale. (4ème de couverture)

Médicaments antibiotiques
Antibiotics

47768

RAPPORT

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

Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France.

St Denis : AFSSAPS : 2011/06 : 22p., tabl., cartes

Cote Irdes : B7053

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/263354f238b8f7061cdb52319655ca07.pdf

Elaboré à partir de données de vente recueillies par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et les données de remboursement de l'assurance maladie, ce rapport retrace l'évolution des consommations d'antibiotiques au cours de ces dix dernières années. Ce bilan montre que les campagnes **d'information concertées des institutions ont permis de revoir à la baisse (-16 %) la consommation française depuis 10 ans.** Bien **qu'il s'appuie sur des données** purement quantitatives, ce rapport met aussi en évidence **quelques signes préoccupants, tels qu'une** tendance à reprise de la consommation depuis 2005, un faible nombre de nouvelles molécules et un recours accru à certaines **classes d'antibiotiques, qu'il conviendrait de** préserver. Dans un contexte de progression des résistances bactériennes, cet éclairage précis des caractéristiques et des évolutions de la **consommation d'antibiotiques justifie la** relance d'une politique de maîtrise de l'antibiothérapie, notamment dans le cadre du nouveau Plan national antibiotiques, qui va être mis en place par le ministère.

Pharmacies d'officines Community pharmacies

47996

RAPPORT

BRAS (P.L.), KIOUR (A.), MAQUART (B.), MORIN (A.)

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

Pharmacies d'officines : rémunération, missions, réseau.

Paris : Igas : 2011/06 : 208p., tabl., annexes
Cote Irdes : C, B7062

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000355/index.shtml>

Comment se porte le secteur de la pharmacie d'officine en France et quel est son avenir ? L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) livre son diagnostic – notamment à partir de l'enquête nationale qu'elle a menée sur les pratiques officinales, première du genre en France – et propose des pistes pour diversifier le rôle des pharmaciens, les rémunérer comme des professionnels de santé et optimiser le réseau des officines sur le territoire.

Pharmacoéconomie Pharmacoeconomy

48640

RAPPORT, INTERNET

ATGER (F.), BERTIN (P.), GADOT (L.), SOULIGNAC (R.)

LE BIPE. Paris. FRA

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

Le médicament économiseur de coûts.

Paris : Le BIPE : 2011/09 : 48p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leem.org/sites/default/files/tude%20BIPE%20pour%20LEEM%20%20rapport%20final%20septembre%202011.pdf>

Le système de santé doit faire face à une forte demande de santé spontanée, portée par un

ensemble de facteurs puissants, et ceci avec de moyens économiques fortement et durablement contraints par l'état des finances publiques. Autrement dit, le système de santé est, de manière aigue, à la recherche d'efficacité. Répondant à une question du LEEM (Les Entreprises du médicament), cette étude du BIPE a cherché à évaluer dans quelle mesure le médicament est un économiseur de coûts : soit par la régulation directe, soit par les économies intra-système qui sont induites par son bon usage.

Pharmacovigilance Drug safety

48548

RAPPORT, INTERNET

ROBINET (A.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA

Rapport sur le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Paris : Sénat : 2011/09 : 398p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r3725.pdf>

Si les Laboratoires Servier portent une grande part de responsabilité dans le maintien sur le marché du Mediator, médicament dont le rapport entre les bénéfices et les risques était à l'évidence négatif, cette affaire n'en a pas moins révélé les dysfonctionnements d'un système de sécurité sanitaire dont la rénovation n'avait que trop tardée. Ce rapport réalisé par la Commission des affaires sociale de l'Assemblée nationale a été précédée d'un véritable effort de réflexion et de concertation, nourri des travaux de l'Inspection générale des affaires sociales, des Assises du médicament et du Sénat. Tous ces travaux soulignaient la nécessité d'améliorer la gouvernance, la transparence et l'indépendance du système de sécurité sanitaire française ainsi que la

coordination de ses acteurs, de consolider un dispositif de pharmacovigilance autrefois jugé comme l'un des plus performants en Europe, de mieux former et informer les professionnels de santé, de réévaluer régulièrement la balance des bénéfices et des risques de l'ensemble de la pharmacopée, de mieux identifier les responsabilités des entreprises, des professionnels de santé et du politique, et, enfin et surtout, de remettre les patients au cœur du système. Ce rapport réaffirme ces valeurs fondamentales.

48155

DIPLÔMES, INTERNET

KOENIG (D.)

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

Facteurs associés à une fuite aortique et/ou mitrale de grade supérieur ou égal à 1 chez les patients exposés au benfluorex.

Mémoire de Master 2 de Santé Publique Recherche - Option Epidémiologie.

Paris : AFSSAPS : 2011 : 42p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/8b5e3fbd9ffe235341bb2eeff658ac61.pdf

Réalisée à partir de 2576 fiches de patients ayant pris du Mediator, cette étude confirme que ce médicament a été prescrit majoritairement en dehors de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Présenté comme antidiabétique, il a été en réalité prescrit comme coupe-faim dans près de deux cas sur trois. Les femmes en surpoids ont été les plus nombreuses à prendre du Mediator hors AMM. L'étude démontre également que les attaques des valves cardiaques augmentent avec la dose et la durée du traitement. Elle fait bien ressortir que certains médecins ont eu parfois la main très lourde dans leurs prescriptions qui apparaissent largement abusives. Les effets secondaires du médicament sont aujourd'hui encore trop souvent niés par les cardiologues.

47782

RAPPORT, INTERNET

FAVRE (C.)

Mission relative aux recommandations formulées en matière d'indemnisation des victimes du Mediator.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/06 : 7p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Claire_Favre_indemnisation_des_victimes_du_Mediator_-_22_06_11_2_.pdf

Ce rapport réalisé par la Mission d'indemnisation des victimes du Mediator émet des observations d'ordre général ou propres à chaque atteinte susceptible d'être causée par la prise du Médiateur : valvulopathie ou hypertension pulmonaire, puis formule des recommandations notamment relatives à la manière d'effectuer des expertises médicales et judiciaires.

47780

RAPPORT, INTERNET

DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

Le Mediator et la pharmacovigilance.

Paris : Assemblée nationale : 2011/06 : 175p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3552.pdf>

Au terme d'une longue série d'auditions et de cinq mois de travail, la mission parlementaire d'information sur le Médiateur et la pharmacovigilance a présenté son rapport dans lequel elle met en lumière les points faibles du système français du médicament et avance plusieurs propositions de réforme. La mission propose de mettre en place une structure de coopération entre les organismes compétents et de rendre plus exigeante la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché. Elle propose également de revoir régulièrement la balance bénéfices/risques des médicaments, de doter l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de moyens de contrainte

accrus et d'améliorer la formation et l'information des médecins.

47779

RAPPORT , INTERNET

HERMANGE (M.T.)

Sénat. Mission Commune d'Information sur le Mediator. Paris. FRA

Mediator : évaluation et contrôle des médicaments. 2 tomes : rapport et auditions.

Paris : Sénat: 2011/06 : 271p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r10-675-1/r10-675-11.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/r10-675-2/r10-675-21.pdf>

Ce rapport réalisé par la mission sénatoriale présidée par François Autain, avec pour rapporteur Marie-Thérèse Hermange, formule 65 propositions afin de réformer le système du médicament. Les principales recommandations s'articulent autour de quatre axes : un système de suivi de la vie du médicament plus cohérent et plus efficace, une information et une formation favorisant le bon usage du médicament, un remboursement incitant à la recherche du meilleur rapport coût/efficacité et des procédures plus transparentes et garantissant l'indépendance des décisions.

47767

RAPPORT

BENSADON (A.C.), MARIE (E.), MORELLE (A.)

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

Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament.

Paris : La Documentation française : 2011/06 : 209p., tabl.

Cote Irdes : B7052

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-103P_pharmacovigilance-2.pdf)

[103P_pharmacovigilance-2.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-103P_pharmacovigilance-2.pdf)

Suite à la remise d'un premier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le médiateur en janvier 2011 les Ministres avaient commandé une seconde analyse portant plus largement sur le système

de pharmacovigilance et sur la gouvernance de la chaîne du médicament. Ce second rapport, qui vient d'être publié, a notamment pour objet de proposer des mesures visant l'amélioration du dispositif de pharmacovigilance et l'établissement d'une politique du médicament renouvée. Cette seconde mission pointe du doigt, au-delà des anomalies révélées par l'affaire du Médiateur, de graves défaillances globales des politiques et autorités publiques du médicament en général, notamment en lien avec l'affaiblissement du rôle de l'Etat dans la pharmacovigilance depuis les années 90. Le rapport souligne la nécessité de mettre en œuvre une large réforme de la pharmacovigilance impliquant un changement de culture, en rejoignant notamment les méthodes poursuivies dans les autres pays d'Europe plus avancés sur ces questions. Aussi, un ensemble de solutions pragmatiques sont proposées, tant au niveau de la notification et de l'évaluation des cas, du renforcement de la base nationale de données de pharmacovigilance, du rôle des Agences régionales de santé (ARS) ou encore, de l'organisation de l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS). Les auteurs proposent, entre autres, une refonte de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), le développement de la pharmaco-épidémiologie et le renforcement des analyses documentaires.

Prescription
Prescription

48484

RAPPORT

SCHWABE (U.), PAFFRATH (D.)

Arzneiverordnungsreport 2011.

*Rapport sur la prescription
pharmaceutique 2011.*

Heidelberg : Springer Medizin Verlag : 2011 : 1121p.,
tabl., index

Cote Irdes : SE (ALL) 2011

Publiée annuellement, cette brochure rassemble toute une série d'informations sur les médicaments en Allemagne, pour l'année 2010. Ces données proviennent des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois : des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en DDD ; des analyses du marché pharmaceutique de l'année – arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ; des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée. Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

Prix
Pricing

47982

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

DANZON (P.), MULCAHY (A.W.), TOWSE (A.K.)

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

Pharmaceutical Pricing in Emerging Markets: Effects of Income, Competition and Procurement.

Prix des médicaments sur les marchés émergents : effets du revenu, de la concurrence et de l'approvisionnement.

NBER Working Paper Series ; 17174

Cambridge : NBER : 2011/06 : 33p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

This paper analyzes determinants of ex-manufacturer prices for originator and generic drugs across a large sample of countries. We focus on drugs to treat HIV/AIDS, TB and malaria in middle and low income countries (MLICs), with robustness checks to other therapeutic categories and other countries. We examine effects of per capita income, income dispersion, number and type of therapeutic and generic competitors, and whether the drugs are sold to retail pharmacies vs. tendered procurement by NGOs. The cross-national income elasticity of prices is 0.4 across high and low income countries, but is only 0.15 between MLICs, implying that drugs are least affordable relative to income in the lowest income countries. Within-country income inequality contributes to relatively high prices in MLICs. Number of therapeutic and generic competitors only weakly affects prices to retail pharmacies, plausibly because uncertain quality leads to competition on brand rather than price. Tendered procurement attracts multi-national generic suppliers and significantly reduces prices for originators and generics, compared to prices to retail pharmacies.

47127

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GARAU (M.), TOWSE (A.), DANZON (P.)
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.
GBR

Pharmaceutical Pricing in Europe: Is Differential Pricing a Win-Win Solution ?

Fixation des prix des médicaments en Europe : un système de prix différenciés n'est-il pas une solution profitable pour tous ?

OHE Occasional paper; 11/01

Londres : Office of Health Economics. (O.H.E.).
2011 : 6p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ohe.org/publications/recent-publications/list-by-date-20/detail/date///pharmaceutical-pricing-in-europe-is-differential-pricing-a-win-win-solution.html>

This paper examines the potentially positive impact of differential pricing in Europe and the overall negative effects of international reference pricing (IRP) measures. The authors point out that IRP actually encourages higher prices in lower-income countries, can delay marketing/patient access in lower-price countries, and ultimately translates into less investment in R&D. Differential pricing assumes that countries with lower incomes should pay lower prices, encourages the earliest possible marketing in all countries, and provides incentives for innovation.

Publicité
Advertising

47740

DOCUMENT DE TRAVAIL

DAVID (G.), MARKOWITZ (S.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

Side Effects of Competition: the Role of Advertising and Promotion in Pharmaceutical Markets.

Les effets indésirables de la concurrence : le rôle de la publicité et de la promotion dans le marché pharmaceutique.

NBER Working Paper Series ; 17162

Cambridge : NBER : 2011/06 : 48p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : C, En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w17162>

The extent of pharmaceutical advertising and promotion can be characterized by a balancing act between profitable demand expansions and potentially unfavorable subsequent regulatory actions. However, this balance also depends on the nature of competition (e.g. monopoly versus oligopoly). This paper models the firm's behavior under different competitive scenarios and test the model's predictions using a novel combination of sales, promotion, advertising, and adverse event reports data. It focus on the market for erectile dysfunction drugs as the basis for estimation. This market is ideal for analysis as it is characterized by an abrupt shift in structure, all drugs are branded, the drugs are associated with adverse health events, and have extensive advertising and promotion. It finds that advertising and promotion expenditures increase own market share but also increase the share of adverse drug reactions. Competitors' spending de-creases market share, while also having an influence on adverse drug reactions.

47136

DOCUMENT DE TRAVAIL

LIUA (Q.), SACHIN (G.)

The Impact of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs on Physician Visits and Drug Requests: Empirical Findings and Public Policy Implications.

L'impact de la publicité directe au consommateur sur les visites médicales et les demandes de médicaments : résultats empiriques et implications en matière de politique publique.

Johnson School Research Paper Series No. 26-11

Rochester : Social Science Electronic Publishing :
2011 : 39p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1804854

This study analyzes the effect of Direct-to-consumer advertising (DTCA) expenditures for anti-hyperlipidemia drugs on patient behaviors. The key findings are: (a) DTCA expenditures have a positive and long-term effect on the number of visits to physicians by newly-diagnosed hyperlipidemia patients. (b) The effectiveness of DTCA in generating new patient visits varies substantially across patient sub-groups. (c) The effect of DTCA is larger on drug visits than on non-drug-only visits. (d) Own-brand DTCA expenditures increase the number of patient requests for Lipitor and Zocor, but have no effect on patient requests for **Pravachol. Competing drugs' DTCA** expenditures have a positive effect only on patient requests for the leading brand, Lipitor. (e) A cost-effectiveness analysis suggests that the economic benefits of DTCA in terms of life years saved by preventing cardiovascular disease are considerably larger than the costs of advertising. (f) DTCA on TV has strong effects on underserved segments of the population, such as those on Medicaid. We believe this finding should be carefully considered by proponents of a complete ban or stricter regulations on DTCA.

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/8f531ea5439b480570c4e520f1f68d21.pdf

Ce tableau de bord consacré à l'analyse du marché pharmaceutique français présente les chiffres-clés, les principales données de l'année écoulée 2009, mais aussi des données complémentaires retraçant l'évolution des ventes au cours de ces vingt dernières années. Il comprend quelques premiers éléments pour l'année 2010. Il est enrichi par des comparaisons internationales sur la consommation pharmaceutique. Parmi les grandes tendances en 2009, les ventes de médicaments représentent 27,3 milliards d'euros dont 79 % en officines et 21 % à l'hôpital, 92 % des ventes en officine concernent des médicaments remboursables. Les médicaments génériques remboursables progressent et représentent 22,6 % des ventes totales en volume et 10,4 % des ventes en valeur. En ce qui concerne la consommation internationale, les données montrent que la consommation de médicaments en France reste l'une des plus importantes d'Europe.

Ventes Sales

47964
RAPPORT

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

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1999-2009.

St Denis : AFSSAPS : 2011 : 132p., graph., tabl., annexes.
[Cote Irdes : En ligne](#)

Technologies médicales/Medical technologies

Dossier médical personnel Medical record

47128

RAPPORT

Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA
Agence des Systèmes d'Information Partagés
de Santé. (ASIP SANTE). Paris. FRA

Guide pratique du projet DMP en établissement de santé et plan projet associé

Paris : ASIP Santé : 2011 : 81p., ill.
Cote Irdes : En ligne
<http://esante.gouv.fr/actualites/guide-pratique-du-projet-dmp-en-etablissement-de-sante-et-plan-projet-associe>

Le Dossier Médical Personnel (DMP) doit aider à améliorer la coordination des soins grâce à une meilleure circulation de l'information médicale entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville. Il existe plusieurs façons de mettre en oeuvre ce projet dans les établissements de santé. Ce guide est destiné à accompagner les chefs de projet DMP dans les établissements et les maîtrises d'ouvrage régionales. C'est un document pratique dont les préconisations opérationnelles reposent sur les retours d'expériences des établissements et maîtrises d'ouvrage régionales dans les régions pilotes, ainsi que sur un travail concerté avec les responsables de systèmes d'information en établissements et plus globalement avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence Nationale d'appui à la performance (ANAP), les Fédérations Hospitalières et quelques éditeurs et personnes qualifiées. Chaque type d'établissement, quels que soient son statut, sa taille, son niveau de connaissance du DMP et sa situation d'informatisation, y trouvera des éléments permettant de définir sa trajectoire de mise en oeuvre du DMP.

Radiothérapie Radiotherapy

47145

RAPPORT

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

Situation de la radiothérapie en 2010.

Boulogne-Billancourt : Inca : 2011/03 : 52p.
Cote Irdes : B7034
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6762-situation-de-la-radiotherapie-en-france-en-2010

Ce rapport publié par l'Institut national du Cancer (INCa) dresse un état des lieux de la situation de la radiothérapie française. Cette publication fait suite à un premier rapport portant sur les données de 2007. Il s'inscrit dans la mise en oeuvre du plan cancer 2009-2013 Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie. Chaque année en France, environ 164 000 patients sont traités par radiothérapie, au sein de 177 centres de traitement que contient le territoire. L'offre de soins de radiothérapie française est l'une des meilleures en Europe. En 2010, la modernisation du parc des appareils s'est poursuivie, la moitié du parc d'accélérateurs actuel étant constitué d'appareils récents. Le rapport fait le point sur la mise en oeuvre des différentes techniques de traitement, les niveaux d'activité et les financements. Il propose un ensemble de recommandations afin de poursuivre l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins de radiothérapie, ainsi que la réduction des inégalités d'accès à ces soins.

Téléphonie mobile
Mobile technology

47668

OUVRAGE, INTERNET

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

***MHealth: New horizons for health
through mobile technologies.***

***Msanté : Nouvelles perspectives pour une
santé utilisant les technologies mobiles.***

Global Observatory for eHealth series - Volume 3

Genève : OMS : 2011 : 102p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_w
eb.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf)

The use of mobile and wireless technologies to support the achievement of health objectives (mHealth) has the potential to transform the face of health service delivery across the globe. A powerful combination of factors is driving this change. These include rapid advances in mobile technologies and applications, a rise in new opportunities for the integration of mobile health into existing eHealth services, and the continued growth in coverage of mobile

cellular networks. According to the International Telecommunication Union (ITU), there are now over 5 billion wireless subscribers; over 70% of them reside in low- and middle income countries. The GSM Association reports commercial wireless signals cover over 85% of the world's population, extending far beyond the reach of the electrical grid. For the first time the World Health Organization's (WHO) Global Observatory for eHealth (GOe) has sought to determine the status of mHealth in Member States; its 2009 global survey contained a section specifically devoted to mHealth. Completed by 114 Member States, the survey documented for analysis four aspects of mHealth: adoption of initiatives, - types of initiatives, status of evaluation, and - barriers to implementation. Fourteen categories of mHealth services were surveyed: health call centres, emergency toll-free telephone services, managing emergencies and disasters, mobile telemedicine, appointment reminders, community mobilization and health promotion, treatment compliance, mobile patient records, information access, patient monitoring, health surveys and data collection, surveillance, health awareness raising, and decision support systems.

Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

Autriche Austria

48534

DOCUMENT DE TRAVAIL

GONENC (R.), HOFMARCHER (M.M.),
WORGOTTER (A.)

Organisation de Coopération et de
Développement Economique. (O.C.D.E.).
Paris. INT

Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System.

*Réformer le système de santé autrichien très
apprécié mais coûteux.*

OECD Economics Department Working Papers :
895

Paris : OCDE : 2011 : 51p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/reforming-austria-s-highly-regarded-but-costly-health-system_5kg51mbntk7j-en

The highly regarded Austrian health system delivers good quality and easily accessible services, but is costly. Its governance and funding structure is highly fragmented and it makes too much use of inpatient care in hospitals. Entry and competition opportunities are de facto limited in most health markets. The system operates therefore on a supply-driven basis, and does not have clear mechanisms to optimize spending on a cost-benefit basis. Population lifestyles are also not supportive of good health outcomes and suffer important differences between social groups, raising risks for the future. This Working Paper **reviews Austrian authorities' responses to these challenges, and makes recommendations based on OECD countries' experiences.** The suggested priorities are: i) more clearly assigning the performance, financing and spending responsibilities in the system, ii) enforcing a national capacity plan for publicly-funded inpatient and outpatient care, iii)

introducing performance-based payment mechanisms in all services, iv) promoting the transition to "integrated care" by better balancing preventive, outpatient, inpatient, rehabilitation and long-term care, v) emphasizing healthier lifestyles and monitoring progress against national health goals (such as targets for obesity and overweight rates), and vi) better clarifying the medium-term fiscal outlook and scenarios of the system. This working paper is a slightly revised and completed version

Canada Canada

47722

RAPPORT , INTERNET

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

Health indicators 2011

Indicateurs de santé 2011

Ottawa : C.I.H.I. : 2011 : 121p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/health_indicators_2011_en.pdf

Health Indicators 2011 is the 12th in a series of annual reports containing the most recently available health indicators data from the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. In addition to presenting the latest indicator data, this year's report features a focus section on mental health, including five new indicators that provide information about Canada's mental health system.

Espagne
Spain

48394

OUVRAGE

GARCIA-ARMESTO (S.), ABADIA-TAIRA (M.B.), DURAN (A.), et al.
World Health Organisation. (W.H.O.).
European Observatory on Health Systems and Policies. Bruxelles. BEL, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health systems in transition : Spain: health system review.

Systèmes de santé en transition : Espagne

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 295p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf

The Health Systems in Transition 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. Each profile is produced by country experts in collaboration with the Observatory's research directors and staff. In order to facilitate comparisons between countries, the profiles are based on a template, which is revised periodically. The template provides detailed guidelines and specific questions, definitions and examples needed to compile a profile. Health Systems in Transition profiles seek to provide relevant information to support policy-makers and analysts in the development of health systems in Europe. They are building blocks that can be used: to learn in detail about different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems; to describe the institutional framework, the process, content and implementation of health care reform programmes; to highlight challenges and areas that require more in-depth analysis; and to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between

policy-makers and analysts in different countries.

Etats-Unis
United States

48634

RAPPORT, INTERNET

Commonwealth Fund. New York NY. USA

Why Not the Best ? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011

Pourquoi n'est-il pas le meilleur ? Résultats du tableau de bord national sur la performance du système de santé américain, 2011.

New York : The Commonwealth Fund : 2011 : 80p., tabl., graph

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Oct/1500_WNTB_Natl_Scorecard_2011_web.pdf

The National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011, updates a series of comprehensive assessments of U.S. population health and health care quality, access, efficiency, and equity. It finds substantial improvement on quality-of-care indicators that have been the focus of public reporting and collaborative initiatives. However, U.S. health system performance continues to fall far short of what is attainable, especially given the enormity of public and private resources devoted nationally to health. Across 42 performance indicators, the U.S. achieves a total score of 64 out of a possible 100, when comparing national rates with domestic and international benchmarks. Overall, the U.S. failed to improve relative to these benchmarks, which in many cases rose. Costs were up sharply, access to care deteriorated, health system efficiency remained low, disparities persisted, and health outcomes failed to keep pace with benchmarks. The Affordable Care

Act targets many of the gaps identified by the Scorecard

48441

RAPPORT , INTERNET

DE NAVAS-WALT (C.), PROCTOR (B.D.), SMITH (J.C.)

US Census Bureau. Washington DC. USA

Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2010

Revenu, pauvreté et couverture d'assurance maladie aux Etats-Unis en 2010.

Washington DC : U.S. Government Printing Office : 2010 : 79p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>

This report presents data on income, poverty, and health insurance coverage in the United States based on information collected in the 2010 and earlier Current Population Survey Annual Social and Economic Supplements (CPS ASEC) conducted by the U.S. Census Bureau.

48035

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

FINKELSTEIN (A.), TAUBAM (S.), WRIGHT (M.) et al.

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

The Oregon health insurance experiment : evidence from the first year.

L'expérimentation de l'assurance maladie en Orégon. Bilan de la première année de fonctionnement.

NBER Working Paper Series ; 17190

Cambridge : NBER : 2011/07 : 55p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17190>

In 2008, a group of uninsured low-income adults in Oregon was selected by lottery to be given the chance to apply for Medicaid. This lottery provides a unique opportunity to gauge the effects of expanding access to public health insurance on the health care use, financial strain, and health of low-income adults using a

randomized controlled design. In the year after random assignment, the treatment group selected by the lottery was about 25 percentage points more likely to have insurance than the control group that was not selected. We find that in this first year, the treatment group had substantively and statistically significantly higher health care utilization (including primary and preventive care as well as hospitalizations), lower out-of-pocket medical expenditures and medical debt (including fewer bills sent to collection), and better self-reported physical and mental health than the control group.

47970

RAPPORT , INTERNET

GUTERMAN (S.), SCHOENBAUM (S.C.), DAVIS (K.) et al.

Commonwealth Fund. New York NY. USA

High Performance Accountable Care: Building on Success and Learning from Experience.

Comment obtenir des soins performants tout en réduisant les coûts : s'appuyer sur le succès et apprendre de l'expérience.

New York : Commonwealth Fund : 2011/05 : 58p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Apr/1494_Guterman_high_performance_accountable_care_v3.pdf

A key provision of the Affordable Care Act is the establishment of the Medicare Shared Savings Program, which provides incentives for improved quality and efficiency to a new category of provider—the accountable care organization (ACO). The program, slated to begin in January 2012, rewards groups of providers who agree to collaborate to offer more accountable, effective, and efficient care with a share of the savings they achieve. While the prospect of participating in this initiative has generated a groundswell of interest and activity among providers, many issues need to be addressed about the methods that will be used to determine how that accountability is to be achieved, assessed, and rewarded. This report provides recommendations for ensuring the successful implementation and

spread of ACOs to achieve the goals of a high performance health system.

47649

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

TRAN (C.), JUNG (J.)

Australian National University. Canberra. AUS

Market Inefficiency, Insurance Mandate and Welfare: U.S. Health Care Reform 2010.

Inefficiency du marché, assurance obligatoire et protection sociale : la réforme Obama 2010 du système de santé.

Working Paper in Economics and Econometrics. Canberra. Australian National University.: 2011/02 : 47p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:acb:cbeeco:2011-539&r=hea>

This paper develops a stochastic dynamic general equilibrium overlapping generations (OLG) model with endogenous health capital to study the macroeconomic effects of the Affordable Care Act of March 2010 also known as the Obama health care reform. It finds that the insurance mandate enforced with fines and premium subsidies successfully reduces adverse selection in private health insurance markets and subsequently leads to almost universal coverage of the working age population. On other hand, spending on health care services increases by almost 6 percent due to moral hazard of the newly insured. Notably, this increase in health spending is partly financed by the larger pool of insured individuals and by government spending. In order to finance the subsidies the government needs to either introduce a 2.7 percent payroll tax on individuals with incomes over \$200,000, increase the consumption tax rate by about 1.1 percent, or cut government spending about 1 percent of GDP. A stable outcome across all simulated policies is that the reform triggers increases in health capital, decreases in labor supply, and decreases in the capital stock due to crowding out effects and tax distortions. As a consequence steady state output decreases by up to 2 percent. Overall, it finds that the reform is socially beneficial as

welfare gains are observed for most generations along the transition path to the new long-run equilibrium.

47350

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL

FANG (H.), CHAPIN (W.)

United States General Accounting Office. (G.A.O.). Washington WA. USA, Center for Studying Health System Change. (C.S.H.C.). Washington DC. USA

The Effect of a Major Coverage Expansion on Physician Work Hours: Evidence from the Children's Health Insurance Program.

Les effets d'une meilleure couverture maladie sur les heures de travail des médecins : évidence à partir du programme "Assurance maladie des enfants".

Washington : GAO : 2011/04/21 : 49p., tabl., ann.
Cote Irdes : en ligne
http://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1817827

The passage of health reform has raised a number of questions, including the following: how will physicians respond to a major coverage expansion? In particular, will they work longer hours to accommodate an influx of demand? Our study addresses this question with a natural experiment - we use the **introduction of the Children's Health Insurance Program (CHIP) in 1997, which significantly expanded children's eligibility for public health insurance coverage.** The magnitude of the CHIP expansion varied across states and over time, allowing its effects to be identified using a state-year fixed effects model. We focus on pediatricians, and we measure their self-reported work hours using multiple waves of the physician survey component of the Community Tracking Study. We test whether pediatricians in states with larger CHIP expansions increased their annual work hours relative to pediatricians in states with smaller CHIP expansions. We find a large negative relationship between the magnitude of a state's CHIP expansion and trends in pediatricians' work hours. One possible explanation for this finding is that reim-

bursement rates in the CHIP program are well below that of private insurers. If CHIP expansions reduced average reimbursement rates, and if pediatricians exhibit a normal supply curve, then lower average reimbursement rates could account for the observed association with work hours.

Europe Europe

47365
OUVRAGE

MOSSIALOS (E.) / éd., PERMANAND (G.) / éd., BAETEN (R.) / éd., HERVEY (T.K.) / éd.
European Observatory on Health Care Systems and Policies. Bruxelles. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health Systems Governance in Europe : The role of European Union Law and Policy.

Gouvernance des systèmes de santé en Europe : le rôle de la loi et des politiques de l'Union européenne.

Cambridge : Cambridge University Press : 2011 : 21p.+762p., index
Cote Irdes : A4196

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/health-systems-governance-in-europe-the-role-of-eu-law-and-policy>

This book, a co-publication by the European Social Observatory (OSE) and the European Observatory on Health Systems and Policies, was funded by the Belgian federal health authorities (SPF Santé Publique) and the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI/INAMI). It offers a state of the art of academic discussion on a number of current and emerging governance issues in EU healthcare policy, including regulatory, legal, 'new governance' and policy-making dynamics. The study looks into different areas of European Union policy and law-making that have an impact on national healthcare systems. It provides policy-makers with a compelling

and rigorous analysis of the real and potential impacts of EU integration on the organisation of healthcare provision and the protection of public health, highlighting the need to balance economic and social imperatives.

Grèce Greece

48395
OUVRAGE

ECONOMOU (C.), MOSSIALOS (E.), MARESSO (A.)
World Health Organisation. (W.H.O.). European Observatory on Health Systems and Policies. Bruxelles. BEL, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health systems in transition : Greece.

Systèmes de santé en transition : Grèce

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 177p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

The Health Systems in Transition 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. Each profile is produced by country experts in collaboration with the Observatory's research directors and staff. In order to facilitate comparisons between countries, the profiles are based on a template, which is revised periodically. The template provides detailed guidelines and specific questions, definitions and examples needed to compile a profile. Health Systems in Transition profiles seek to provide relevant information to support policy-makers and analysts in the development of health systems in Europe. They are building blocks that can be used: to learn in detail about different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the

main actors in health systems; to describe the institutional framework, the process, content and implementation of health care reform programmes; to highlight challenges and areas that require more in-depth analysis; and to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between policy-makers and analysts in different countries.

Italie
Italy

48190

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

DOETTER (L.F.), GOTZE (R.)

University of Bremen. Bremen. DEU

The changing role of the state in the Italian healthcare system.

L'évolution du rôle de l'Etat dans le système de santé italien.

TranState Working Papers; n° 150

Breme : University of Bremen : 2011 : 27p., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://econstor.eu/bitstream/10419/48276/1/662795539.pdf>

The present study describes and explains the changing role of the state in the Italian healthcare system since the beginning of the 1970s, with a particular focus on developments following 1978 when the healthcare system was transformed from a social insurance system into a national health service. In order to address these changes in a systematic way, we track healthcare system development along three dimensions: regulation, financing, and service provision. With regard to regulation, we observe a relative retreat of the state due to decentralization processes and internal market mechanisms. Quantitative measures for the financing and service provision dimension also indicate a modest relative retreat of the state. Taking regional data into account, we identify a clear North-South-divide in the public/private

mix of financing and service provision. Although the focus of the paper is to describe the changing role of the state in the Italian healthcare system, we also offer preliminary explanations. We seek to identify the role of exogenous shocks such as economic crises versus endogenous stressors specific to the healthcare system itself (i.e. inherent inefficiencies) on healthcare system change. Therefore, the paper aims to provide a tentative, yet dynamic account of healthcare system change that is both descriptive and explanatory.

Monde
World

48472

OUVRAGE

ROUT (H. S.) / éd.

Health Care Systems. A global survey

Les systèmes de santé. Une enquête mondiale.

New Delhi : New Century Publications : 2011 : 619p., fig.

Cote Irdes : c, A4248, R1846

Health care systems (HCSs) are essential for the healthy development of individuals, families, and societies in accordance with human rights. HCSs are vital to establish, promote, and strengthen the delivery of preventive health services to all sections of society in a fair and equitable manner. This book contains well-researched papers on HCSs in different countries of the world. The distinguished contributors have direct knowledge and experience of the functioning of HCSs in their respective countries. The countries profiled are: the US, Australia, China, France, Germany, Hungary, Ireland, Israel, Japan, South Korea, Portugal, Spain, Brazil, Mexico, Pakistan, Peru, Thailand, Turkey, Bangladesh, Ghana, and India. While treatment of the subject varies from country to country, depending upon the local conditions and government policies, some

common features are discernible in the contributions. These include: the history and present organizational structure/management of HCSs, health care financing and resource utilization targeted health care programs for the poor, health infrastructure, indigenous/traditional HCSs, occupational health and health sector reforms.

OCDE
OECD

48046

RAPPORT , INTERNET

ANDERSON (G.F.), MARKOVICH (P.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2010.

Comparaisons multinationales des données sur les systèmes de santé 2010.

New York : Commonwealth Fund : 2010/11 : 81p., graph

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Jul/PDF_1533_Anderson_multinational_comparisons_2010_OECD_pfd.pdf

This chartbook uses data collected by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) to compare health care systems and performance on a range of topics, including spending, hospitals, physicians, pharmaceuticals, prevention, mortality, and quality of care. We present data across several industrialized countries: Australia, Canada, Denmark, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States. Whenever possible, it also presents the median value of all 34 members of the OECD. This chartbook also includes data from the 2009 OECD Health Care Quality Indicators—an OECD project initiated in 2002 that aims to measure and compare the quality of health service provision across countries.

Royaume-Uni
United Kingdom

47614

RAPPORT, INTERNET

POWELL (M.), MILLAR (R.), MULLA (A.)
University of Birmingham. Health Services Management Centre. Birmingham. GBR

Comparative case studies of health reform in England.

Etudes de cas comparées de réformes de santé en Angleterre.

Birmingham : Health Services Management Centre : 2011 : 312p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-socialsciences/socialpolicy/HSMC/publications/2010/health-reform-england.pdf>

In 2005, the Department of Health set out a framework - called the Next Steps Reforms - comprising four reform streams - demand, supply, transactional and system management. These streams were argued to provide a coherent and mutually supporting set of reforms that together would lead to better care, better patient experiences, and better value for money. This study examined the combined impact of these reforms to uncover the balance of levers and incentives within local health systems. The aims of the research were: To explore empirically how stakeholders regard the implementation of complex policy initiatives within a range of local health economies (contexts), including how these local implementations are intended to operate (process) and their observed effects (outcomes); To identify the extent to which policy initiatives were proving effective in addressing nationally specified outcomes in a range of service specialties with specific emphasis on understanding the interactions and dynamics within organizations as well as between them.

Prévision-Evaluation/Prevision-Evaluation

Innovations médicales Medical innovations

48023

DOCUMENT DE TRAVAIL

CULYER (A.J.), BOMBA (Y.)

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

An Equity checklist : a framework for health technology assessments.

Une checklist fondée sur l'équité : un cadre pour les évaluations des technologies de santé.

CHE Research Paper Series ; 62

York : University of York : 2011/06 : 12p., tabl.

Cote Irdes : c, P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP62_an_equity_checklist_a_framework_for_HTA.pdf

Despite the inclusion of equity ideals in the design of many health care systems, pragmatic tools for integrating them into the efficiency categories of cost-effectiveness in HTA remain under-developed. This paper reviews approaches used to incorporate equity in HTA methods and develops a framework to help decision makers supplement the standard efficiency criteria of HTA and avoid building inequities, explicit or implicit, into their methodology. **A 'checklist' is provided to alert decision makers to a wide range of equity considerations for HTA.** This checklist is intended to be used as part of the process through which advisory bodies receive their terms of reference; the scoping of the agenda prior to the selection of a candidate intervention and its comparators for HTA; the accompanying background briefing for decision makers; and as a tool to help to structure the discussion and composition of **professional and 'lay' advisory groups during the assessment process.** The checklist is offered as only a beginning of an on-going process of deliberation and consultation, through which

the matters covered can be expected to become more comprehensive and the record of past decisions and their contexts in any jurisdiction adopting the tool can serve to guide subsequent evidence gathering and decisions. In these ways, it may be hoped that equity will be more systematically and fully considered and implemented in both the procedures and decisions of HTA.

47757

RAPPORT

HULSTAERT (F.), NEYT (M.), WINCK (I.)
Belgian Health Care Knowledge Centre.

(K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral

d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles. BEL

Evaluation clinique des dispositifs médicaux innovants à haut risque avant leur mise sur le marché.

Bruxelles : KCE : 2011 : 25p., tabl., rgaph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_document/s/kce_158b_dispositifs_m%C3%A9dicaux_innovants_%C3%A0_haut_risque.pdf

L'éventail des dispositifs médicaux est large. Il s'étend d'équipements de base tels que des seringues et aiguilles à des appareils complexes comme les stimulateurs cardiaques et les stents coronaires à élution médicamenteuse (drug eluting stents). Tant en Europe qu'aux États-Unis, les dispositifs médicaux sont classés en plusieurs catégories en fonction du risque qu'ils présentent pour le patient, les dispositifs présentant le plus haut niveau de risque étant référencés dans la Classe III. Les agences **d'évaluation des technologies de la santé** (Health Technology Assessment – HTA) sont régulièrement confrontées à un manque **d'information clinique lorsqu'elles doivent évaluer, au moment de leur entrée sur le marché européen, la valeur des dispositifs médicaux innovants à haut risque. C'est ce qui a motivé l'étude de l'évaluation clinique de tels dispositifs avant leur mise sur le marché.** Ce rapport analyse l'évaluation clinique avant mise sur le marché des dispositifs médicaux

innovants à haut risque en Europe, et compare la situation européenne à celle qui prévaut aux États-Unis. Lorsque cela s'avère judicieux, nous comparons aussi la situation européenne des dispositifs médicaux avec celle des médicaments. Les problématiques de la sécurité des patients et de la transparence des informations sont aussi abordées.

Politique des handicapés

Policy for the disabled

47605

RAPPORT

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées. (C.N.C.P.H.). Paris. FRA

Rapport 2010 du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

Paris: CNCPH : 2011/05 : 88p.

Cote Irdes : B7039

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000264/index.shtml>

Le CNPH est chargé d'établir chaque année, notamment à partir des travaux des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH), un état des lieux de la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées. Pour son rapport pour 2010, le conseil déplore n'avoir reçu « que 38 comptes-rendus, ce qui témoigne d'un intérêt médiocre pour la question du handicap et de la quasi inexistence de ces instances ». Ce rapport 2010 devait alimenter les travaux de la conférence nationale du handicap prévue en juin 2011.

47329

OUVRAGE

BRANCHU (C.), THIERRY (M.), BESSON (A.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Paris : IGAS : 2010 : 55p.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000024/0000.pdf>

Ce rapport, qui établit un premier bilan du fonctionnement des Maisons départementales du handicap (MDPH), distingue les conditions de fonctionnement des GIP/MDPH des progrès accomplis ou des difficultés rencontrées par les maisons départementales à l'aune de leurs rapports avec les usagers. Pour améliorer le fonctionnement des MDPH, après avoir écarté le scénario de la disparition des GIP (groupements d'intérêt public), sont présentées des préconisations qui s'articulent autour de trois axes : sécuriser la gestion, rééquilibrer la gouvernance et améliorer la qualité des services et faciliter la transparence.

Politique publique

Public policy

47689

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

ZIGANTE (V.)

London School of Economics and Political Science. (L.S.E.). Londres. GBR

Assessing Welfare Effects of the European Choice Agenda: The case of health care in the United Kingdom.

Evaluation des choix prioritaires en matière de politique publique en Europe : le cas des soins médicaux au Royaume Uni

LEQS Paper No. 35/2011

Londres : London School of Economics: 2011/05 : 32p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1839403

Choice and competition policies in public services are popular reform strategies in the member states of the European Union (EU). The European choice agenda is based on the **view in the EU of 'social policy as a productive factor' and the need for 'modernisation' of the EU welfare states.** This user-led, consumer oriented approach highlights the need to understand the effects of the choice and competition policies in public service. In conventional welfare economic the focus lies on analysis of efficiency, quality and equity effects and the current empirical evidence show varying results. This paper discusses choice policies in European countries and uses the case of choice in health care in the UK to assess the welfare effects of choice and competition. The UK has a highly developed consumerist policy, and as it has served as a role model for other European countries implementing choice policies. The welfare effects are assessed using satisfaction with the NHS and subjective wellbeing as an indicator of individual welfare, gained from the introduction of choice of hospital in 2006. Further the equity aspect of choice is assessed by analysing variation in welfare effects between socio economic groups. The results indicate positive effects of choice, particularly for middle class individuals.

Programmes de santé
Health programs

47606
RAPPORT

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

Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

Paris : HCSP : 2011/03 : 94p.
Cote Irdes : B7040
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000276/0000.pdf>

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a **été saisi par la directrice générale de l'offre de soins afin d'évaluer le troisième Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006 – 2010), axé autour de quatre priorités : les populations considérées les plus vulnérables vis-à-vis de la douleur (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes polyhandicapées, personnes en fin de vie), les formations initiale et continue des professionnels de santé, l'utilisation des traitements médicamenteux et des techniques non médicamenteuses et la structuration de la filière de soins pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles.** Le HCSP a conduit une analyse de la mise en oeuvre, du financement et de la perception par les **professionnels et les usagers de l'impact des actions du plan. L'évaluation est assortie de propositions aux pouvoirs publics pour l'élaboration d'un futur plan consacré à la douleur (Résumé d'auteur).**

47354
RAPPORT

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

Evaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009.

Paris : la Documentation française : 2011/04 : 87p.
Cote Irdes : A4200
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf

Le plan national " Bien vieillir " 2007-2009 s'inscrit dans le projet multinational de trois ans " Healthy Ageing " lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004. Il a pour objectif de mettre en place les conditions optimales du " bien vieillir ". Des axes prioritaires ont été ainsi définis qui reposent sur des mesures de prévention en termes de santé : nutrition, activité physique et sportive, soins et médicaments, sans oublier les aspects relationnels et sociaux si importants : solidarité entre les générations, solidarité locale, mais aussi adaptation progressive de l'habitat ; le renforcement de la recherche - sur un sujet devenu un enjeu majeur de santé publique - est également abordé. Le Haut

conseil de la santé publique présente ici le résultat de son travail dans un document pratique, proposant une approche quantitative et qualitative. Le comité d'évaluation, au-delà des réserves qu'il formule sur le déficit de gouvernance, de structuration et de moyens, émet quatre recommandations pour alimenter la réflexion sur le prochain plan.

Recommandations

Recommandations

47730

RAPPORT

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

L'évaluation économique à la HAS. Principes et méthodes.

St Denis La Plaine : HAS : 2010 : 78p
Cote Irdes : en ligne

Ce document a pour objectif d'explicitier les principes qui fondent les évaluations économiques réalisées par la Haute Autorité de santé en vue de déterminer l'efficacité d'une intervention de santé, puis de présenter les méthodes d'évaluation économique que la HAS privilégie, dans la mesure où elles sont les plus cohérentes avec les principes auxquelles elle adhère et avec les missions qui lui sont confiées. Le terme d'intervention de santé désigne dans la suite du document toute activité visant à préserver ou améliorer la santé d'une population (promotion de la santé, prévention, action diagnostique, action thérapeutique, etc.). Si ce document contribue à promouvoir en France une culture partagée de l'évaluation économique en santé, qui soit comprise par tous les acteurs, il ne constitue pas un guide méthodologique sur l'évaluation économique à portée universelle. Les choix méthodologiques qui sont effectués dans ce document s'inscrivent dans un contexte institutionnel et opérationnel spécifique. Les principes promus par la HAS et sur lesquels se fonde sa mission d'évaluation économique

sont présentés dans une première partie. Ces principes permettent de définir les choix méthodologiques privilégiés par la HAS lorsqu'elle est amenée à analyser ou à produire une étude d'évaluation économique. Ces choix méthodologiques sont détaillés dans la seconde partie. Ils couvrent l'ensemble des problématiques posées par la réalisation d'une étude d'évaluation économique : perspective, population d'analyse, comparateurs, horizon temporel et actualisation, qualité des données, mesure des résultats et des coûts, modélisation, gestion de l'incertitude, présentation des conclusions de l'évaluation et de ses limites

47657

REPertoire

CLEMENT (O.)
BARNAY (T.) / dir., LE PEN (C.) / dir.
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.).
Paris. FRA
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis.
FRA

Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé : actualisation partielle.

Paris : CES : 2010 : 119p., tab., ann.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ces-asso.org/docs/Rapport_final-CES.pdf

Réalisé à la demande de la Haute Autorité de santé (HAS) chargée depuis sa création en août 2004 de l'évaluation médico-économique en santé, ce guide actualise les recommandations proposées dans ce domaine par le Collège des économistes de la santé en 2003. Il consiste en une revue de la littérature exhaustive des articles scientifiques et guidelines internationaux portant sur la période 2003-2010 et ciblant les items suivants : le comparateur, la prise en compte des coûts, l'incertitude, la méthode d'évaluation contingente, la méthode des choix discrets et le caractère transférable des études. L'objectif est de confronter les recommandations émises en 2003 pour chacun des items avec les éléments les plus récents de la littérature afin d'évaluer leur pertinence.

Télémedecine
Telemedicine

47758

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service évaluation économique et santé publique. Saint-Denis. FRA

Effizienz de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation.

St Denis La Plaine : HAS : 2011 : 41p., tabl., fig
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

Cette note de cadrage concerne la mise en œuvre d'une évaluation médico-économique de la télémédecine par un état des lieux de la littérature internationale. Cette évaluation s'inscrit dans une optique d'aide à la décision publique. Elle vise à apporter des éléments de cadrage sur le déploiement de la télémédecine en France concernant les trois objectifs suivants : **Contribuer à la définition d'axes**

prioritaires de déploiement de la télémédecine à partir de l'identification des projets pilotes et expérimentations les plus efficaces ; proposer un cadre d'évaluation médico-économique en fonction des indicateurs recensés et d'une classification des projets de télémédecine ; identifier des modèles économiques afin de proposer des éléments permettant d'orienter la politique de financement. La réalisation de cette évaluation a pour origine la volonté des pouvoirs publics et des acteurs de terrain de déployer la télémédecine en France. A la suite du décret relatif à la télémédecine publié en octobre 2010, la direction générale de l'organisation des soins a annoncé, début 2011, la mise en place d'un plan triennal de déploiement national de la télémédecine. Dans cette dynamique actuelle, les attentes du demandeur sont doubles : **d'une part, contribuer à alimenter les axes d'orientation de la politique de déploiement de la télémédecine, et, d'autre part, proposer des outils d'évaluation des expérimentations et projets pilotes** concernant les aspects médico-économiques

Méthodologie-Statistiques/Methodology-Statistics

Echantillonnage Sampling

47116

DOCUMENT DE TRAVAIL

KUMAR (N.), LIANG (D.), LINDERMAN (M.),
CHEN (J.)

University of Iowa. Department of Geography.
Iowa City IA. USA

An Optimal Spatial Sampling for Demographic and Health Surveys

*Un échantillon spatial optimum pour les
enquêtes santé et population.*

Rochester : Social Science Electronic Publishing :

2011 : 25p.+ annexes, tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1808947

This paper presents an optimal spatial sampling (OSS) design for fielding the demographic and health. The proposed design (a) develops a context specific sampling frame at a fine spatial resolution, (b) captures maximum spatial autocorrelation-controlled semivariance in the selected attribute (a composite index of population concentration and socio-economic characteristics in the context of this paper) of the sampling domain, (c) ensures spatial coverage and representation, (d) minimizes sample size, and (e) minimizes redundancy in the selection of sample sites. OSS was tested for drawing a sample for fielding a pilot General Social Survey (GSS) in Chicago metropolitan area (MSA) in the summer of 2010. Fine resolution LandScan population data, coupled with the U.S. Census data, were used to develop a multivariate contextual sampling frame. Our analysis suggests that a set of 97 sample sites captured 80% of the total spatial autocorrelation-controlled semivariance in the composite index used for optimizing sample sites. Maximizing spatial autocorrelation-controlled semiva-

riance using OSS also ensured representation of the population variance.

Enquêtes de santé Health surveys

47755

RAPPORT, INTERNET

TUOMI-NIKULA (A.), AHONEN (S.),
KOPONEN (P.)

National Institute for Health and Welfare.
Helsinki. FIN

Comparison of EHIS source questions with national survey questions. Final report.

*Comparaison entre les questions source de
l'enquête EHIS et celles des différentes
enquêtes menées dans chaque pays.
Rapport final.*

Helsinki : National Institute for health and
Welfare. : 2011/06 : 17p., tabl., fig.+annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.euhsid.org/docs/EHIS_comparison_final.pdf

The EHIS (European Health Interview Survey) questionnaire has already been implemented in national surveys in 20 European countries to a varying degree between 2006 and 2010. The comparability of the EHIS source questions (in English) and the national questions have been evaluated. The main goal was to identify to which degree the EHIS standard questionnaire has been used in the European countries in the first wave of EHIS. Most of the national questions were fully comparable with the EHIS source questions (66.5%). Questions were rated as partially comparable (21%) if they were missing important specifications or had other differences. Questions that could not produce the same outcome due to major differences,

were rated as non-comparable (1,5%). 11% of EHIS questions were completely missing in the national questionnaires.

Enquête handicap-santé

Disability health survey

48632

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOUVIER (G.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Paris. FRA

L'enquête Handicap-Santé : présentation Générale.

Document de travail Insee ; F1109

Paris : Insee : 2011/10 : 61p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1109.pdf

Ce document commence par situer l'enquête Handicap-Santé (HS) parmi les enquêtes à thème santé, menées par l'INSEE. L'enquête HS reprend largement l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) mais développe aussi des aspects santé dans la continuité de l'enquête décennale Santé. Les principales parties de l'enquête, en particulier les deux volets, soit l'enquête en ménages (HSM) et celle en institutions (HSI) sont présentées en partie II. Il s'agit de décrire ces parties, avec quelques spécificités et leur articulation. La structure générale du questionnaire commun aux deux volets et son organisation en relation avec les objectifs de l'enquête vient en partie III. Ces aspects sont complétés par le résumé des thèmes de chaque module. Une partie IV reprend les principaux éléments des calculs des poids pour chaque volet. Quelques résultats de l'enquête sont alors détaillés en partie V. Une liste d'indicateurs utilisés est dressée, comprenant une définition critique et des éléments contextuels. Ces premiers résultats illustrent ce qu'apportera l'enquête au regard de l'objectif principal en terme de champ. Il

s'agit de décrire l'ensemble de la population, qu'elle vive en ménage ou en institution suivant différents indicateurs. Sont retenus ici des indicateurs qui donnent un aperçu sur l'état de santé, l'état fonctionnel, l'usage d'aides techniques et l'environnement humain. L'objet de la dernière partie est l'étude des " faux négatifs ". Une originalité du volet ménage est de s'appuyer sur une enquête filtre. Il arrive qu'une personne se déclare en bonne santé selon l'enquête filtre et en mauvaise santé selon l'enquête elle-même. Ces personnes sont qualifiées de " faux négatifs ". On précise d'abord pourquoi il n'est pas souhaitable d'avoir trop de ces " faux négatifs ", en termes de pondérations et de précision des estimations. Une définition opérationnelle est présentée, puis le dénombrement de ces personnes et les impacts potentiels finalement limités sont décrits.

Enquête SHARE

SHARE survey

48049

DOCUMENT DE TRAVAIL

EXTERKATE (A.), LUMSDAINE (R.L.)

National Bureau of Economic Research.

(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

How Survey Design Affects Inference Regarding Health Perceptions and Outcomes.

Dans quelle mesure la conception de l'enquête a une incidence sur la perception de la santé et de ses résultats.

NBER Working Paper Series ; 17244

Cambridge : NBER : 2011/07 : 50p., tab., fig., annexes

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17244>

This paper considers the role of survey design and question phrasing in evaluating the subjective health assessment responses using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) dataset. A unique feature of

this dataset is that respondents were twice asked during the survey to evaluate their health on a five-point scale, using two different sets of descriptors to define the five points, with the ordering of which set was first given determined randomly. We find no evidence to refute the assertion that the order was determined by random assignment. Yet we document differences in the response distributions between the two questions, as well as differences in inference in comparing the two populations (those that were asked one question first versus those that were asked the other). We then consider determinants of the degree of concordance between the two questions, as well as the determinants of individuals that provide conflicting responses. There appears to be evidence to suggest that **individuals' assessments of their health in response to the second question may be influenced by the battery of health questions that were asked following the first assessment.** We find that information in self-assessed health responses is useful in examining health outcomes. Our results suggest that adjusting such responses to take into account framing and sequencing of questions may improve inference. In addition, we show that accounting for survey design may be important in models for predicting outcomes of interest, such as the probability of a major health event.

47375

CHAPITRE

SIRVEN (N.), OR (Z.)

BORSCH-SUPAN (A.) / éd., BRANDT (M.) / éd., SCHRODER (M.) / éd.

Disparities in regular health care utilisation in Europe.

Disparités dans l'utilisation régulière des soins de santé.

Berlin : Springer Verlag : 2011 : 241-254., tabl., graph.

Cote Irdes : R1836, A4190

http://www.mea.uni-mannheim.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1128_231-10.pdf

La présence des disparités dans l'accès aux soins est largement documentée dans la littéra-

ture empirique dans l'ensemble des pays européens. Pour autant, l'évolution de l'accès aux différents types de soins dans une perspective à la fois intergénérationnelle et internationale est assez mal connue, faute de données. La mise à disposition des données de **la troisième vague de l'enquête européenne SHARE vient combler ce vide.** A partir de **données rétrospectives sur l'histoire de vie des Européens de 50 ans et plus,** cette étude propose une analyse des déterminants micro et macro-économiques de l'accès régulier à cinq types de soins : suivi de la pression artérielle, tests sanguins et de vision, visite chez le gynécologue, mammographie. Les résultats montrent qu'il y a une nette progression de recours réguliers aux soins dans tous les pays au cours du temps, mais des disparités importantes persistent entre les générations et les pays. Après que les effets individuels aient été pris en compte dans un modèle multi-niveaux par pays et cohortes, ces disparités **d'accès aux soins réguliers s'expliquent en partie par les différences d'intervention de l'Etat providence.**

47144

OUVRAGE

BORSCH-SUPAN (A.) / éd., BRANDT (M.) / éd., SCHRODER (M.) / éd.

The individual and the Welfare State : Life stories in Europe.

L'individu et l'Etat-providence : Histoires de vie en Europe.

Berlin : Springer Verlag : 2011 : 15-285p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4190

http://www.amazon.fr/Individual-Welfare-State-Histories-Europe/dp/364217471X#reader_364217471X

Our health, our income and our social networks at older ages are the consequence of what has happened to us over the course of our lives. The situation at age 50+ reflects our own decisions as well as many environmental factors, especially interventions by the welfare state. This book explores the richness of 28,000 life histories in thirteen European countries, collected as part of the Survey of

Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Combining these data with a comprehensive account of European welfare state interventions provides a unique opportunity to answer the important public policy questions of our time – how the welfare state affects people's incomes, housing, families, retirement, volunteering and health. The overarching theme interdisciplinary analyses, a valuable resource for economists, gerontologists, historians, political scientists, public health analysts, and sociologists alike (4e de couverture).

Epidémiologie Epidemiology

47609
OUVRAGE
KRIEGER (N.)

Epidemiology and the people's health.

Epidémiologie et santé des populations.

Oxford : Oxford University Press : 2011 :
10p.+381p., tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4201
<http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Medicine/EpidemiologyBiostatistics/?view=usa&ci=9780195383874>

Epidemiology is often referred to as the science of public health. However, unlike other major sciences, its theoretical foundations are rarely articulated. While the idea of epidemiologic theory may seem dry and arcane, it is at its core about explaining the people's health. It is about life and death. It is about biology and society. It is about ecology and the economy. It is about how myriad aspects of people's lives - involving work, dignity, desire, love, play, conflict, discrimination, and injustice - become literally incorporated into our bodies and manifest in our health status, individually and collectively. And it is about essential knowledge critical for improving the people's health and minimizing inequitable burdens of disease, disability, and death. Woven from a

vast array of schools of thought, including those in the natural, social, and biomedical sciences, epidemiologic theory is a rich tapestry whose time for analysis is long overdue. By tracing its history and contours from ancient societies on through the development of - and debates within - contemporary epidemiology worldwide, Dr. Krieger shows how epidemiologic theory has long shaped epidemiologic practice, knowledge, and the politics of public health. Outlining an ecosocial theory of disease distribution that situates both population health and epidemiologic theory in societal and ecologic context, she offers a more holistic picture of how we embody the human experience. This concise, conceptually rich, and accessible book is a rallying cry for a return to the study and discussion of epidemiologic theory: what it is, why it matters, how it has changed over time, and its implications for improving population health and promoting health equity. It should be required (4e de couverture).

Expérimentations Experiments

47151
DOCUMENT DE TRAVAIL
CARD (D.), DELLAVIGNA (S.),
MALMENDIER (U.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The Role of Theory in Field Experiments.

Le rôle de la théorie dans le champs des expérimentations.

NBER Working Paper Series ; 17047
Cambridge : NBER : 2011/05 : 33p., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://papers.nber.org/papers/w17047>

We propose a new classification of experiments that captures the extent to which the experimental design and analysis are linked to eco-

conomic theory. We then use this system to classify all published field experiments in the five top economics journals from 1975 to 2010. We find that the vast majority of field experiments (68%) are Descriptive studies that lack any explicit model; 18% are Single Model studies that test a single model-based hypothesis; 6% are Competing Models studies that test competing model-based hypotheses; and 8% are Parameter Estimation studies that estimate structural parameters in a completely specified model. Using the same system to classify laboratory experiments published over the same period, we find that economic theory has played a more central role in the laboratory than in the field. Finally, we discuss in detail three sets of field experiments, on gift exchange, on charitable giving, and on negative income tax, that illustrate both the benefits and the potential costs of a tighter link between experimental design and theoretical underpinnings

Modèles microéconomiques
Microeconomic models

48258

DOCUMENT DE TRAVAIL

BEN HALIMA (M.), DEBRAND (T.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Durée d'arrêt de travail, salaire et
assurance maladie : modèle
microéconomique à partir de la base
HYGIE.***

Paris : Irdes : 2011/09 : 40p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT42DureeArretTravailAssuranceMaladieMicroBaseHygie.pdf>

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la relation entre la durée d'arrêt de travail, les salaires et l'Assurance maladie. Elle présente une réécriture du modèle développé par Allen (1981), en tenant compte des spécificités du modèle français. Les propriétés

d'équilibre du modèle montrent qu'il existe une indétermination de l'effet du salaire sur la durée de l'arrêt de travail et que les règles de l'Assurance maladie modifient aussi la durée d'arrêt de travail. Cette propriété est soumise à estimation économétrique en utilisant la base de données Hygie, construite à partir de la fusion de différents fichiers administratifs de salariés du secteur privé en France en 2005, qui permet de prendre en considération : les relations employeurs/employés, l'impact des caractéristiques des entreprises sur la santé de leurs employés mais aussi les interactions entre la santé et le travail. Elle estime un modèle à hasard proportionnel à temps discret en tenant compte de l'hétérogénéité inobservée sur l'échantillon des hommes et des femmes. Afin de lever l'indétermination du salaire sur la durée d'arrêt de travail, quatre niveaux sont mobilisés : le niveau actuel du salaire, le taux d'évolution depuis le début de la carrière salariale (rendement de l'éducation), la progression sur les deux dernières années (récompense monétaire) et le salaire d'efficience. Les résultats des estimations montrent que le salaire actuel a un effet négatif sur la durée d'arrêt de travail. En revanche, une forte progression salariale de long terme tend à réduire la durée d'arrêt de travail pour les hommes et à la rallonger pour les femmes. De plus, les différentes modalités de l'Assurance maladie semblent modifier les comportements des salariés concernant les arrêts de travail.

Recueils des données
Data collections

48721

RAPPORT , INTERNET

CHEVALIER (A.), BRIERE (J.), FEURPRIER (M.), et al.

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Saint-Maurice. FRA

Construction d'un outil centralisateur des données de réparation issues des régimes de sécurité sociale. Résultats de l'étude de faisabilité.

Saint-Maurice : InVS : 2011 : 232p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.invs.sante.fr/content/download/21825/128071/version/1/file/rapport_atmp.pdf

Devant le déficit de visibilité globale du poids des AT/MP (Accidents du travail/Maladies professionnelles), du fait de l'éclatement des statistiques de réparation dans les différents régimes de sécurité sociale, la loi relative à la politique de santé publique de 2004 a chargé l'Institut de veille sanitaire (InVS) de l'élaboration d'un outil de centralisation. Après une description des données disponibles dans les principaux régimes, l'InVS a éprouvé le besoin de tester, en expérimentant sur de vrais échantillons de données, la faisabilité de réaliser un entrepôt national de données AT/MP (analyse de la cohérence et de la compatibilité des données issues des différents régimes) et d'analyser les différentes possibilités d'utilisation qu'offrirait cet entrepôt (calcul d'indicateurs statistiques, calcul d'indicateurs de veille sanitaire basés sur des résultats épidémiologiques). Les échantillons de données proviennent de trois régimes : le régime général, le régime agricole et le régime spécial des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Les résultats de cette expérimentation font l'objet du présent rapport. L'InVS a lancé la réflexion sur les grandes fonctionnalités attendues de cet outil et les scénarios de mise en place, de stockage, de maintenance et de mise à jour des informations au cours du temps. Enfin, elle a travaillé sur la conduite ultérieure du projet,

son architecture institutionnelle et son coût prévisionnel.

Sécurité au travail
Safety at work

48549

RAPPORT , INTERNET

BRIERE (J.), CHEVALIER (A.), CHARBOTEL (B.), IMBERNON (E.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Saint-Maurice. FRA

Des indicateurs en santé travail : Les accidents mortels d'origine professionnelle en France.

Saint-Maurice : InVS : 2011 : 24p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2011/Des-indicateurs-en-sante-travail-Les-accidents-mortels-d-origine-professionnelle-en-France#panel1>

L'État a souhaité se doter, au niveau national, d'une série d'indicateurs destinés à suivre l'évolution de la santé de la population en France. Depuis sa création en 1998, le Département santé travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est attaché à développer des programmes de surveillance, afin de produire régulièrement de telles données et contribuer ainsi à améliorer la connaissance des risques professionnels. Les sources de données se sont étoffées au fil du temps, et le DST a mis en place en 2009 un programme de production régulière d'indicateurs destinés à rendre compte à l'échelle nationale de la situation concernant des problèmes de santé en relation avec l'environnement professionnel, ainsi que de leur évolution au cours du temps. Ces indicateurs sont établis à partir de différentes sources, et seront publiés régulièrement sur le site Internet de l'InVS .Ce deuxième numéro s'intéresse aux accidents mortels d'origine professionnelle. Dans ce document, le lecteur trouvera des données sur la mortalité par

accident du travail et par accident de trajet en France selon les grands secteurs d'activité et en fonction des principales causes d'accident. Il trouvera également des informations sur la part des décès par accident attribuable au travail et sur les années potentielles de vies perdues suite à ces décès. Un chapitre particulier est consacré aux accidents de circulation d'origine professionnelle, première cause d'accidents mortels au travail. Enfin, un certain nombre de questions permettent de mettre en perspective les résultats présentés.

47761

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
POULIAKAS (K.), THEODOSSIOU (I.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

An inquiry into the theory, causes and consequences of monitoring indicators of health and safety at work.

Une enquête sur la théorie, les causes et les conséquences de la surveillance des indicateurs de la santé et la sécurité au travail.

IZA Working Paper ; 4734
Bonn : IZA : 2010/10 : 40p., tabl., graph. fig.
Cote Irdes : En ligne

This paper engages in an interdisciplinary survey of the current state of knowledge related to the theory, determinants and consequences of occupational safety and health (OSH). First, it synthesizes the available theoretical frameworks used by economists and psychologists to understand the issues related to the optimal provision of OSH in the labour market. Second, it reviews the academic literature investigating the correlates of a comprehensive set of OSH indicators, which portray the state of OSH infrastructure (social security expenditure, prevention, regulations), inputs (chemical and physical agents, ergonomics, working time, violence) and outcomes (injuries, illnesses, absenteeism, job satisfaction) within workplaces. Third, it explores the implications of the lack of OSH in terms of the economic and social costs that are entailed. Finally, the survey identifies areas of

future research interests and suggests priorities for policy initiatives that can improve the health and safety of workers.

Sondages
Polls

47787

OUVRAGE
TREMBLAY (M.E.) / dir., LAVALLEE (P.) /
dir., EL HAJ TIRARI (M.) / dir.

Pratiques et méthodes de sondage.

Paris : Dunod : 2011 : 382p., tabl., index
Cote Irdes : A4212
<http://www.dunod.com/sciences-techniques/sciences-fondamentales/mathematiques/master-et-doctorat-capes-agreg/pratiques-et-methodes-de-sondage>

Depuis quelques années, les enquêtes par sondage ont pris de l'ampleur, les méthodes n'ont cessé de se perfectionner. Cet ouvrage présente les développements les plus récents de la théorie de l'échantillonnage et de l'estimation en populations finies, notamment dans le cas d'études répétées dans le temps. Trois domaines sont particulièrement explorés : les enquêtes électorales, les enquêtes dans le domaine de la santé et les enquêtes dans les pays en développement.

Démographie-Modes de vie/ Demography-Living conditions

Egalité homme/femme Gender equality

48522

RAPPORT

Banque Mondiale. Washington DC. USA

World Development Report 2012: Gender Equality and Development

Rapport sur le développement dans le monde 2012 : égalité entre hommes et femmes sexes et développement.

Washington : Banque Mondiale : 2011 : 426p., tabl., graph., index

Cote Irdes : En ligne

<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936222006/Complete-Report.pdf>

The lives of girls and women have changed dramatically over the past quarter century. The pace of change has been astonishing in some areas, but in others, progress toward gender equality has been limited—even in developed countries. This year's World Development Report: Gender Equality and Development argues that gender equality is a core development objective in its own right. It is also smart economics. Greater gender equality can enhance productivity, improve development outcomes for the next generation, and make institutions more representative. The Report also focuses on four priority areas for policy going forward: reducing excess female mortality and closing education gaps where they remain, improving access to economic opportunities for women, increasing women's voice and agency in the household and in society and limiting the reproduction of gender inequality across generations.

Niveau de vie Standard of living

47949

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

CLERC (M.E.), MONSO (O.), POILIQUEN (E.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Etudes et Synthèses Economiques. Paris. FRA

Les inégalités entre générations depuis le baby-boom.

Paris : INSEE : 2011/06 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2011-11.pdf

Les cohortes nées jusqu'à la fin des années 1940 bénéficiaient d'un net progrès générationnel : d'une génération à la suivante, les conditions d'emploi étaient plus favorables à l'entrée sur le marché du travail, le niveau de vie augmentait régulièrement, l'accès était plus fréquent à l'éducation et à la propriété d'un logement. Ce progrès s'est fortement ralenti, voire interrompu à plusieurs égards, pour les générations des années 1950 et 1960. Ces dernières, assez tôt dans leurs parcours de vie, ont été confrontées à la crise économique, plus particulièrement aux deux chocs pétroliers et aux périodes de conjoncture difficile du début des années 1980 et du milieu des années 1990. Les générations les plus récentes vivent une situation contrastée. Plusieurs années de bonne conjoncture au tournant des années 2000 ont contribué à leur redonner un niveau de vie plus élevé que les générations précédentes au même âge.

Economie générale/Economy

Crise économique Economic crisis

48040
RAPPORT

Organisation des Nations Unies. (O.N.U.).
Département des Affaires Economiques et
Sociales. New York DC. USA

The Global Social Crisis. Report on the World Social Situation 2011

La crise sociale globale. Rapport sur la situation sociale mondiale 2011.

New York : ONU : 2011 : 113p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=0LQqd2FT3k%3D&tabid=1561>

This report on the World Social Situation explores the ongoing adverse social consequences of the crisis. The global economic downturn has had wide-ranging negative social outcomes for individuals, families, communities and societies, and its impact on social progress in areas such as education and health will only become fully evident over time. During times of financial and economic crisis, households often adopt coping strategies, such as making changes in household expenditure patterns; however, these can negatively influence education, health and nutrition outcomes, which may lead to lifelong deficits for the children affected and thus perpetuate the intergenerational transmission of poverty. Given the fragility of the economic recovery and the uneven progress in major economies, social conditions are expected to recover only slowly. The increased levels of poverty, hunger and unemployment will continue to affect billions of people for years to come. Meanwhile, austerity measures in response to high government debt in some advanced economies are also making the recovery more uncertain and fragile. Increased pressure for fiscal consolidation and new pressures in response to

such debt have severely limited fiscal and policy space in developed economies, and many developing countries, especially those under International Monetary Fund programmes, are also under pressure to cut public expenditure, undertake austerity measures, reduce the scope of government action and further liberalize labour markets. A key conclusion of this Report is that countries need to be able to pursue countercyclical policies in a consistent manner. Such policy space should be enabled by changing the fundamental orientation and nature of policy prescriptions that international organizations impose on countries as conditions for assistance

Redistribution Redistribution

48410
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
IMMERVOLL (H.), RICHARDSON (L.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economique. (O.C.D.E.).
Directorate for Employment - Labour and
Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Redistribution Policy and Inequality Reduction in OECD Countries. What Has Changed in Two Decades ?

Politique de redistribution et réduction des inégalités dans les pays de l'OCDE. Ce qui a changé depuis vingt ans.

OECD Social - Employment and Migration Working
Papers ; 122
Paris : OCDE : 2011 : 93p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://dx.doi.org/10.1787/5kg5dlkhjq0x-en>

This paper uses a range of data sources to assess if, and to what extent, government redistribution policies have slowed or accelerated the trend towards greater income

disparities in the past 20-25 years. In most countries, inequality among "non-elderly" households has widened during most phases of the economic cycle and any episodes of narrowing income differentials have usually not lasted long enough to close the gap between high and low incomes that had opened up previously. With progressive redistribution systems in place, greater inequality automatically leads to more redistribution, even if no policy action is taken. We find that, in the context of rising market-income inequality, tax-benefit systems have indeed become more redistributive since the 1980s but that this did not stop income inequality from rising: market-income inequality grew by twice as much as redistribution. The redistributive strength of tax-benefit systems weakened in many countries particularly in the most recent decade. While growing market-income disparities were the main driver of inequality trends between the mid-1980s and mid-1990s, reduced redistribution was often the main driver in the ten years that followed. Benefits had a much stronger impact on inequality than social contributions or taxes, despite the much bigger aggregate size of direct taxes. As a result, redistribution policies were often less successful at counteracting growing income gaps at the bottom in the top half of the income distribution.

Sociologie du travail
Sociology of labor

47807
OUVRAGE
FOUDRIAT (M.)

Sociologie des organisations.

Paris : Pearson France : 2011 : 12p.+372p., index
Cote Irdes : A4217

<http://www.pearson.fr/livre/?GCOI=27440100339040>

Cet ouvrage offre une initiation claire et efficace à la réflexion sociologique pour aborder les phénomènes organisationnels (antagonisme ou coopération, zèle ou **absentéisme...**). Au-delà des approches psychologiques ou pragmatiques, il permet d'acquérir une grille d'analyse des comportements qui les resitue comme le résultat d'un jeu stratégique, développé par des acteurs poursuivant leur intérêt au sein de systèmes complexes. Construit en huit **chapitres progressifs**, l'ouvrage présente les principaux courants théoriques (organisation scientifique du travail, école des relations humaines, analyse stratégique et systémique) ainsi que les modes de raisonnement propres à **la discipline, en s'attardant plus particulièrement** sur la théorie développée par Michel Crozier et sur ses applications. Soigneusement révisée, cette troisième édition intègre en particulier un développement sur les nouvelles théories en sociologie des organisations, ainsi **qu'un nouveau chapitre sur la problématique** du changement organisationnel et de la **co-construction**. Elle s'enrichit de nouveaux exemples et exercices. Michel Foudriat est à la fois sociologue et enseignant. Il soutient la **présentation des modèles d'analyse et des concepts par une riche sélection d'exemples**, tirés de situations réelles et d'observations dans des contextes d'action très différents (champs industriel, éducatifs, sociaux ou encore développement territorial). Il propose **ainsi, entre autres, une analyse de l'explosion** de la navette Challenger ou des problèmes de coopération entre chercheurs et marins pêcheurs. En prolongement de chaque

chapitre, les exercices, fondés eux aussi sur des cas réels, et accompagnés de guides de réponse largement développés, permettent au lecteur d'apprendre à élaborer des hypothèses et d'acquérir pas à pas les étapes du raisonnement sociologique (4e de couverture).

Travail
Labor

48610
OUVRAGE
BAZILLIER (R.)

Le travail, grand oublié du développement durable.

Paris : Le Cavalier bleu : 2011 : 216p.
Cote Irdes : A4261
http://www.lecavalierbleu.com/f/index.php?sp=liv&livre_id=315

En 1987, le rapport Brundtland listait le travail parmi les besoins essentiels de l'individu. L'accès à un emploi décent, à la protection sociale, le respect de bonnes conditions de travail sont des éléments clés du progrès social et devraient à ce titre occuper une place centrale dans les politiques publiques. Loin des idées reçues, cet ouvrage montre que de meilleures conditions de travail ne sont pas le privilège des pays riches : le progrès social peut tout à fait se concilier avec l'efficacité économique et le respect de l'environnement. C'est l'idée motrice du développement durable. Plus de vingt ans après la création de ce concept, il est temps d'en rappeler certains fondements (4e de couverture).

Documentation/Documentation

Publications numériques Electronic publications

48719

OUVRAGE , DOCUMENT PEDAGOGIQUE

CASTRO (E.)

BRUGERON (C.) / préf.

**Créer des documents ePUB :
concevoir des livres électroniques
pour iPad et autres liseuses.**

Paris : Pearson éducation : 2010 : 185p., index

Cote Irdes : A4271

<http://www.pearson.fr/livre/?GCOI=27440100800070>

Difficile aujourd'hui de penser « livre numérique » sans envisager la production de documents au format ePub. Conçu pour s'adapter aux écrans des liseuses et tirer profit de leurs caractéristiques, ce format – qui s'est imposé comme un standard – est désormais supporté par la plupart des appareils (iPad, iPhone, Sony Reader, CyBook, BeBook, iRex, Nook, etc.). Mais qu'est-ce au juste que l'ePub ? Comment produire des documents à ce format ? Est-ce réservé aux développeurs ? Cet ouvrage bien documenté guide dans la création d'une publication, en expliquant comment préparer les fichiers, améliorer leur affichage, contourner les faiblesses du format et résoudre les problèmes classiques (D'après la 4^e de couverture).

Ressources électroniques Electronic resources

48419

GUIDE

Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques. (E.N.S.S.I.B.). Lyon. FRA

**Repères. Ressources électroniques
pour les étudiants, la recherche et
l'enseignement.**

Villeurbanne : ENSSIB : 2011 : 112p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://repere.enssib.fr/>

Ce guide, destiné essentiellement aux étudiants propose une approche de la recherche documentaire dans les ressources électroniques. Il présente la démarche de recherche d'informations - de la définition du besoin à l'exploitation des résultats - en insistant sur les divers aspects des ressources proposées (accès, usage, coûts, acteurs, législation, typologie, techniques).

47671

RAPPORT

CHOJECKI (D.), DENNET (L.)

Institute of Health Economics. (I.H.E.).

Edmonton. CAN

**Health Technology Assessment on the
Net. A Guide to Internet Sources of
Information**

*Evaluation des technologies de santé sur le
net. Un guide des sources d'information sur
Internet*

Edmonton : Institute of Health Economics :

2011/O4 : 31p., fig.

Cote Irdes : Ue344 (2011)

<http://www.ihe.ca/documents/HTAontheNet2011.pdf>

This publication provides an annotated list of information sources and websites that IHE information specialists search when producing HTA reports. There is a particular emphasis on

resources that provide useful information on Albertan and Canadian health care.

Sciences sociales Social sciences

48043

INTERNET , OUVRAGE

LSE Public Policy Group. Londres. GBR

Maximizing the Impacts of your Research : A Handbook for Social Scientists.

Exploiter au maximum l'impact de vos recherches : un manuel pour les chercheurs en sciences sociales.

Londres : LSE : 2011 : 298p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www2.lse.ac.uk/government/research/resgroups/LSEPublicPolicy/Docs/LSE_Impact_Handbook_April_2011.pdf

For the past year a team of academics based at the London School of Economics, the University of Leeds and Imperial College London have been working on the Impact of Social Sciences project aimed at developing precise methods for measuring and evaluating the impact of research in the public sphere. The data will be of interest to all UK universities to better capture and track the impacts of their social science research and applications work. Part of the task is to develop guidance for colleagues interested in this field. In the past, there has been no one source of systematic advice on how to maximize the academic impacts of your research in terms of citations and other measures of influence. And almost no sources at all have helped researchers to achieve greater visibility and impacts with audiences outside the university. Instead researchers have had to rely on informal knowledge and picking up random hints and tips here and there from colleagues, and from their own personal experience. This Handbook remedies this key gap and, will help researchers achieving a more professional and

focused approach to their research from the outset. It provides a large menu of sound and evidence-based advice and guidance on how to ensure that your work achieves its maximum visibility and influence with both academic and external audiences. As with any menu, readers need to pick and choose the elements that are relevant for them. We provide detailed information on what constitutes good practice in expanding the impact of social science research. It also surveys a wide range of new developments, new tools and new techniques that can help make sense of a rapidly changing field.

Twitter Twitter

48635

INTERNET , RAPPORT

MOLLETT (A.), MORAN (D.), DUNLEAVY (P.) London School of Economics and Political Science. (L.S.E.). Public Policy Group. Londres. GBR

Using Twitter in university research, teaching and impact activities. A guide for academics and researchers.

Utiliser Twitter dans la recherche universitaire, l'enseignement et les activités d'impact. Un guide pour les universitaires et les chercheurs.

London : London School of Economics and Political Science : 2011 : 11p.

Cote Irdes : En ligne

http://www2.lse.ac.uk/government/research/resgroups/LSEPublicPolicy/pdf/Twitter_Guide_Sept_2011.pdf

Twitter is a form of free micro-blogging which allows users to send and receive short public messages called tweets. Tweets are limited to no more than 140 characters, and can include links to blogs, web pages, images, videos and all other material online. You can start tweeting in 10 minutes, anytime, from your computer, smart phone or tablet. By following other people and sources you are able to build

up an instant, personalized Twitter feed that meets your full range of interests, both academic and personal. Thousands of academics and researchers at all levels of experience and across all disciplines already use Twitter daily, alongside more than 200 million other users. Yet how can such a brief medium have any relevance to universities and academia, where journal articles are 3,000 to 8,000 words long, and where books contain 80,000 words? Can anything of academic value ever be said in just 140 characters? This guide answers these questions, showing you how to get started on Twitter and showing you how Twitter can be used as a resource for research, teaching and impact activities.

Réglementation/Law

Droits des malades

Patient rights

48177

DIPLOMES

ZORN-MACREZ (C.)

PY (B.) / préf., LAMBERTERIE (O. de) / préf.

Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées.

Thèse ; Doctorat en Droit privé et sciences criminelles ; Faculté de Droit de Nancy.
Nancy : Presses Universitaires de Nancy : 2010 : 502p., index
Cote Irdes : A4232
<http://petale.univ-lorraine.fr/notice.html?id=univ-lorraine-ori-6975&printable=true>

Le secret partagé est une exception légale au secret professionnel, permettant à ceux qui prennent en charge le patient d'échanger des informations le concernant, sans être sanctionnés du fait de cette révélation d'informations protégées. Si les soignants depuis toujours communiquent au sujet du patient dans son intérêt, il n'y en a pas moins un équilibre à trouver entre l'échange d'informations nécessaire à la pratique médicale, et le respect de la vie privée qu'un partage trop large peu compromettre. Or, l'émergence de l'outil informatique, multipliant les possibilités de partage de données de santé, remet en cause un équilibre fondé sur des mécanismes traditionnels de protection de l'intimité de la personne. Le traitement de données de santé partagées doit alors s'analyser au regard des règles du secret partagé, des règles de la législation " Informatique et Libertés ", mais également au jour d'un foisonnement vertigineux de normes relatives à la mise en oeuvre de dossiers spécifiques comme le Dossier médical personnel, le Dossier pharmaceutique ou l'Historique des remboursements. La mise en relief systématique de la place du

consentement de la personne concernée conduit au constat de l'impérative inscription à la Constitution du droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées.

Droit hospitalier

Hospital rights

47142

OUVRAGE

HONTEBEYRIE-SOULIE (C.), PONCHON (F.)

L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre.

Rennes : Editions EHESP : 2011 : 239p.
Cote Irdes : Ud428 (2011)

Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de cet ouvrage clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique " Problématique actuelle " fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cet ouvrage intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Sécurité informatique
Data security

47800

RAPPORT, INTERNET

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (C.N.I.L.). Paris. FRA

Guide professionnels de santé.

Paris : CNIL : 2011 : 72p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf

Les acteurs de la santé sont amenés à mettre en place ou à utiliser un nombre croissant de fichiers informatisés. Parce qu'elles relèvent de l'intimité et de la vie privée des patients, les informations contenues dans ces fichiers doivent faire l'objet d'une protection renforcée. Le guide des professionnels de santé fait le point sur les droits et les obligations prévues par la loi informatique et libertés. Les professionnels de santé mettent fréquemment en place des fichiers informatisés qui concernent des patients ou des personnes participant à des recherches médicales. Ils ont également recours à des réseaux pour recevoir et transmettre des informations médicales (**feuilles de soins, résultats d'analyses ou gestion partagée de dossiers médicaux**). Tous ces fichiers sont sensibles car ils comportent des données de santé. La loi " Informatique et Libertés " encadre la collecte et le traitement de ces données sensibles, car leur divulgation ou leur mauvaise utilisation peut porter atteinte à **l'intimité ou à la vie privée des personnes concernées**. Elle assure une protection renforcée de ces informations. Respecter les règles de protection et de sécurité de ces informations est un facteur de transparence et de confiance **à l'égard des patients. C'est aussi un gage de sécurité juridique**. La responsabilité des professionnels de santé, notamment pénale, peut en effet être engagée en cas de non-respect des dispositions de la loi. Dans son guide, la CNIL informe les professionnels de santé sur les mesures à adopter pour gérer ces fichiers dans le respect de la loi. Elle les conseille sur les mesures à mettre en place pour respecter

l'intégrité et la sécurité des données de santé et les droits des patients. Le guide fait également le point sur les principaux sujets d'actualité liés à l'informatisation des dossiers de patients (DMP, Dossier pharmaceutique, développement de la télémédecine, et de la médecine en réseau (Résumé des éditeurs).

Sécurité sanitaire
Health safety

48591

OUVRAGE

TINGLE (J.) / éd., BARK (P.) / éd.

Patient safety, law policy and practice.
Sécurité du patient, politique réglementaire et pratique.

Abington : Routledge : 2011 : 244p., index

Cote Irdes : A4259

Patient safety is an issue which in recent years has grown to prominence in a number of **countries' political and health service agendas**. The World Health Organisation has launched the World Alliance for Patient Safety. Millions of patients, according to the Alliance, endure prolonged ill-health, disability and death caused by unreliable practices, services, and poor health care environments. At any given time 1.4 million people worldwide are suffering from an infection acquired in a health facility. This book explores the impact of legal systems on patient safety initiatives. It asks whether legal systems are being used in appropriate ways to support state and local managerial systems in developing patient safety procedures, and what alternative approaches can and should be utilized. The chapters in this collection explore the patient safety managerial structures that exist in countries where there is a developed patient safety infrastructure and culture. The legal structures of these countries are explored and related to major in-country patient safety issues such as consent to treatment protocols and guidelines, complaint handling, adverse incident reporting systems,

and civil litigation systems, in order to draw comparisons and conclusions on patient safety.

48589

OUVRAGE

HEALY (J.)

Improving health care safety and quality. Reluctant regulators.

Améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé. Des régulateurs réticents.

Farnham : Ashgate : 2004 : 328p., tabl., ind.
Cote Irdes : A4258

Responding to the public concern caused by recent hospital scandals and accounts of unintended harm to patients, the author draws on her experience of analysing the health care systems of over a dozen countries and examines whether greater regulation has increased patient safety and health care quality. The book adopts a new approach to mapping developments in health care systems in Europe, North America and Australia and pieces together evidence of which regulatory strategies and mechanisms work well to ensure safer patient care. It identifies the regulatory bodies, the regulatory principles and the implementation strategies adopted to improve governance in health care systems and suggests a conceptual framework for responsive regulation.

Tarification hospitalière
Hospital pricing

47961

REPertoire , INTERNET

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

Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Bulletin officiel n° 2011/6 bis, Fascicule spécial.
Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011 : 120p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20110006_0001_p000.pdf

Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe II de l'arrêté du 7 février 2011, modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-MCO »). Il annule et remplace la version précédente du Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (Bulletin officiel spécial n° 2010/5 bis).

47960

REPertoire , INTERNET

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

Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.

Bulletin officiel n° 2011/7 bis, Fascicule spécial.
Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011 : 153p.
Cote Irdes : en ligne

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2011/sts_20110007_0001_p000.pdf

Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe de l'arrêté du 7 février 2011 modifiant, l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (Bulletin officiel spécial n° 2010/6 bis).

Télé médecine
Telemedicine

47809

OUVRAGE

FERRAUD-CIANDET (N.)

***Droit de la télésanté et de la
télé médecine : à jour du décret du 19
décembre sur la télé médecine.***

Paris : Editions Heures de France : 2011 : 158p.

Cote Irdes : A4219

http://www.lgdj.fr/guides-pratiques/2335328/droit-tele-sante-telemedicine?_IDPrv=ID00022

Les applications de télésanté s'étendent chaque jour et incluent notamment : la gestion des données de santé, la prescription en ligne, la télé médecine, la télé assistance, la télé chirurgie. Cet ouvrage rassemble des conseils qui vous permettront de passer des intentions aux actes et de développer ainsi un système de santé basé sur les nouvelles technologies de l'infor-

mation et de la communication (NTIC). Avec l'appui du gouvernement, l'infrastructure des données de santé, le soutien de l'Agence des systèmes d'information de santé (ASIP Santé) et le lancement d'appels à projets dans le cadre du grand emprunt, la télésanté émerge rapidement comme l'un des secteurs les plus dynamiques de l'industrie des soins de santé. Cette industrie fortement réglementée, de plus en plus dépendante des NTIC, confronte les professionnels à des questions juridiques nouvelles. Centré sur la protection des applications de télésanté et la responsabilité médicale, ce livre s'adresse à la fois aux industriels du secteur et aux professionnels de santé. Les premiers y trouveront des orientations concernant la conception et l'exploitation des produits et services de télésanté. Les seconds percevront comment la télésanté s'inscrit dans leur pratique, qu'elle soit libérale, salariée ou au sein du service public hospitalier, et les responsabilités encourues (4e de couverture).

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS/AUTHOR INDEX

A

ABADIA-TAIRA (M.B.)	108
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.)	16, 83
ADEMA (W.).....	41
AEBERHARD (P.).....	71
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	96, 98, 100, 104
Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.)	50
AHONEN (S.)	119
ALBREHT (T.).....	92
ALDEGHI (I.)	62
ALGAVA (E.)	52
AMBROISE-THOMAS (P.)	83
AMGHAR (Y.G.).....	28
ANDERSON (G.F.).....	113
Assemblée Nationale. (A.N.).....	13, 24, 30, 43, 44, 52, 54, 99, 100
ATGER (F.).....	99
AUBRY (R.)	22
Australian National University.....	110

BAYON (E.)	97
BAZILLIER (R.).....	129
BEHAGHEL (L.).....	30
BEN HALIMA (M.).....	123
BENSADON (A.C.).....	101
BERCHE (P.).....	82
BERTIN (P.).....	99
BERTOSSI (C.)	64
BESSON (A.).....	115
BIAS (E.).....	17
BLACK (S.).....	93
BLANCHET (D.)	30
BLANPAIN (N.).....	66
BOMBA (Y.)	114
BORSCH-SUPAN (A.).....	121
BOURDAIS (J.F.).....	28
BOUVIER (G.).....	120
BRANCHU (C.)	115
BRANDT (M.).....	121
BRANGET (F.)	49
BRAS (P.L.).....	99
BRERETON (L.).....	22
BRIERE (J.)	124
BROUSSY (L.).....	57
BRUGERON (C.).....	130
BRUGUIERE (M.T.)	74
BUCHAN (J.)	93
BUCKLEY (G.).....	81
BUR (Y.)	13, 43

B

BAARS (E.W.)	39
BAETEN (R.)	111
BAIL (J.N.)	18
Banque Mondiale	25, 47, 126
BARBIER (G.)	49
BARK (P.).....	134
BARNAY (T.)	117
BARTHELEMY (A.I.)	63
BAS-THERON (F.)	19, 20

C

CACACE (M.).....	22
CAICEDO (E.)	34
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.).....	27
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).....	15, 34, 41, 51, 77
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.)	53, 54

Index des auteurs
Author index

CAPDEVILLE (B.).....	25
CARD (D.).....	122
CARMAN (K.G.).....	38
CASTRO (E.).....	130
CAYLA (F.).....	63
Center for Studying Health System Change. (C.S.H.C.).....	110
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	55
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.).....	62
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.....	114
Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé.....	72
Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.).....	29, 30
CHAMI (J.).....	95
CHAMPY (F.).....	95
CHAPIN (W.).....	110
CHARBOTEL (B.).....	124
CHARDON (O.).....	66
CHARPENTIER (B.).....	83
CHARPIN (J.M.).....	56
CHASSAGNE (P.).....	58
CHEN (J.).....	119
CHEVALIER (A.).....	124
CHICOYE (A.).....	18
CHOJECKI (D.).....	130
CHOUANIERE (D.).....	52
CLARKE (P.).....	67
CLEMENT (O.).....	117
CLERC (M.E.).....	126
CLERGEAU (M.F.).....	43
COHEN (D.R.).....	39
COHIDON (C.).....	52
COLDEFY (M.).....	73
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.).....	117
COLLINS (A.).....	80
COLUMBO (F.).....	60
Comité Economique des Produits de Santé. (C.E.P.S.).....	97
Comité Médical pour les Exilés. C.O.M.E.D.E.).....	71
Commission Européenne.....	68
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (C.N.I.L.).....	134
Commonwealth Fund.....	108, 109, 113

COM-RUELLE (L.).....	73
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.).....	25, 55
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	77
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.).....	94
Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.).....	63
CORTY (J.F.).....	63
COSTA-FONT (J.).....	60, 65
COULTER (A.).....	80
Cour des Comptes.....	26, 33, 35, 36
COURTET (P.).....	49
COUTURIER (D.).....	83
CULYER (A.J.).....	114
CURRY (N.).....	83

D

DANIEL (C.).....	19, 20
Danish National Centre for Social Research. (S.F.I.).....	61
DANZON (P.).....	102, 103
DAUBRESSE (M.P.).....	26
DAURES (J.P.).....	18
DAVID (G.).....	89, 103
DAVIS (K.).....	109
DE CICCIA (P.).....	81
DE NAVAS-WALT (C.).....	109
DEBRAND (T.).....	30, 123
DEGOS (L.).....	16
DELLAVIGNA (S.).....	122
Deloitte Access Economics.....	86
DENNET (L.).....	130
DICKINSON (H.).....	41, 76
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).....	34, 35, 61
DOETTER (L.F.).....	112
DOOR (J.P.).....	43, 100
DORGELO (A.).....	69
DREYER (P.).....	61
DUHAMEL (G.).....	92
DUNLEAVY (P.).....	131
DURAN (A.).....	108

Index des auteurs
Author index

DURAND (N.)19, 20
DUSSILLOL (G.).....40

E

Ecole Nationale Supérieure des Sciences de
l'Information et des Bibliothèques.
(E.N.S.S.I.B.)130
ECONOMOU (C.).....111
EL HAJ TIRARI (M.)125
ELBAUM (M.)27
ERREYGERS (G.)67
ETTELT (S.)22
European Union Agency for Fundamental
Rights. (F.R.A.)70
EVIN (C.).....15
EXTERKATE (A.).....120
EXWORTHY (M.)23

F

FABLET (D.)95
FAHET (G.)63
FAHR (R.).....51
FANG (H.).....110
FAVRE (C.).....100
Fédération Nationale de la Mutualité
Française. (F.N.M.F.).....96
FERRAUD-CIANDET (N.).....136
FEURPRIER (M.)124
FINKELSTEIN (A.).....109
Fonds de Financement de la Protection
Complémentaire de la Couverture
Universelle du Risque Maladie28, 29, 72
FONSECA (R.)68
FORSE (M.).....70
FOUDRIAT (M.)87, 128
FOUQUET (A.)58
FREDA (A.)51
FRICK (B.)51
FRON (P.)41
FUCHS (V.R.)42

G

GADOT (L.) 99
GAILLARD (R.)..... 85
GALLAND (O.)..... 70
GARAU (M.)..... 103
GARCIA-ARRESTO (S.) 108
GATRELL (A.C.) 73
GAUTIER (A.) 80
GILLAM (S.) 79
GIMBERT (V.) 55
GLIED (S.) 42
GLINOS (I.A.) 94
GOASGUEN (C.)..... 24
GOHET (P.) 61
GONENC (R.) 107
GOODAL (A.H.)..... 88
GOTZE (R.)..... 112
GROSCLAUDE (P.)..... 45
GUINCHARD (P.)..... 21
GUTERMAN (S.)..... 109

H

HAM (C.)..... 83
Haut Conseil de la Famille. (H.C.F.)..... 53
Haut Conseil de la Santé Publique.
(H.C.S.P.) 116
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance
Maladie. (H.C.A.A.M.) 56
Haute Autorité de Santé.
(H.A.S.) 18, 85, 117, 118
HEALTH (I.) 79
HEALY (J.) 135
HEISS (F.)..... 69
HENDERSON (J.B.)..... 39
HERMANGE (M.T.) 101
HERNANDEZ-QUEVEDO (C.)..... 65
HERREROS (G.) 87
HERVEY (T.K.) 111
HOFMARCHER (M.M.) 107
HONTEBEYRIE-SOULIE (C.) 133
HUGUIER (M.) 16
HULSTAERT (F.) 114

Index des auteurs
Author index

HURLEY (J.)81

I

IEZZI (E.)81
IMBAUD (D.)55
IMBERNON (E.)124
IMMERVOLL (H.)127
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.) 19, 20, 58, 92, 99, 101, 115
Institut Canadien d'Information sur la Santé.
(I.C.I.S.)107
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)73, 123
Institut Français des Relations Internationales.
(I.F.R.I.)64
Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)18, 52
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.) ...47, 66, 120,
126
Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.)80
Institut National de Veille Sanitaire.
(I.N.V.S.)45, 124
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.) ...45, 105
Institut Thomas More40
Institute for the Labor Study.
(I.Z.A.) 38, 39, 51, 82, 88, 125
Institute of Health Economics. (I.H.E.)130
International Atomic Energy Agency.
(I.A.E.A.)64
ISSINDOU (M.)30

J

JACQUAT (D.)30, 43
JOUGLA (E.)75
JUNG (J.)110

K

KANTAREVIC (J.) 82
KERVASDOUE (J. de) 87
King's Fund Institute 80, 83
KIOUR (A.)99
KNOEF (M.) 39
KOENIG (D.) 100
KOOREMAN (P.) 39
KOPONEN (P.) 119
KOUBI (M.) 34
KOUCHNER (G.) 78
KRALJ (B.) 82
KRIEGER (N.) 122
KUHL (C.) 66
KUHN (A.) 38
KUMAR (N.) 119

L

LA ROSA (E.) 98
LADAIQUE (M.) 41
LADOUCETTE (O. de) 59
LALIVE (R.) 38
LAMBERTERIE (O. de) 133
LAURENT (P.) 74
LAVALLEE (P.) 125
LE BIHAN (B.) 60
LE BIPE 99
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.) 77
LE PEN (C.) 117
LEAPE (L.) 21
LEBAS (J.) 71
LEBRUN (T.) 18
LEFRAND (G.) 52
LEFRERE (J.J.) 82
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.) .. 99
LI (J.) 81
LIANG (D.) 119
LIMOUSIN (M.) 76
LINDERMAN (M.) 119
LIPPI-BRUNI (M.) 81
LIUA (Q.) 103
LOISANCE (D.) 83

Index des auteurs
Author index

London School of Economics and Political
 Science. (L.S.E.)..... 38, 65, 115, 131
 LOONES (A.).....62
 LOPEZ (R.).....76
 LORENZONI (L.).....90
 LSE Public Policy Group131
 LUCAS-GABRIELLI (V.).....73
 LUMSDAINE (R.L.).....120
 LUNT (N.).....23

MORAN (D.) 131
 MOREL (A.)..... 56
 MORELLE (A.) 101
 MORIN (A.)..... 99
 MOSSIALOS (E.)..... 111
 MULCAHY (A.W.) 102
 MULLA (A.)..... 113

M

MAIER (C.).....94
 MALMENDIER (U.).....122
 MALOCHET (G.)55
 MAQUART (B.).....99
 MARESSO (A.)111
 MARIE (E.).....101
 MARKOVICH (P.).....113
 MARKOWITZ (S.).....103
 MARMOT (M.)67
 MARTIN (C.).....60
 MCFADDEN (D.).....69
 MCGUIRE (A.)65
 MCLENNAN (S.)25
 McMaster University.....81
 Médecins du Monde (M.D.M.).....63
 MICHEL (F.B.).....83
 MILHAUD (G.)16
 MILLAR (R.)113
 Ministère chargé de la Santé.
 (M.S.S.P.S.) ... 14, 22, 31, 34, 35, 37, 48, 54, 55,
 56, 59, 61, 71, 86, 88, 90, 135
 Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
 la Recherche. (M.E.S.R.)85
 Ministère des Solidarités et de la Cohésion
 Sociale115
 Ministère du Budget des Comptes Publics et
 de la Réforme de l'Etat.....35
 Ministère du Travail de la Solidarité et de la
 Fonction Publique.....35
 Mission Interministérielle de Recherche et
 d'Expérimentation. (M.I.R.E.)61
 MITIS (F.)59
 MOLLETT (A.).....131
 MONSO (O.).....126

N

National Bureau of Economic Research.
 (N.B.E.R.).....30, 69, 79, 89, 102, 103, 109, 120,
 122
 National Institute for Health and Welfare.. 119
 Netherlands Institute for Health Promotion
 and Disease Prevention. (N.I.G.Z.) 69
 Network for Studies on Pensions - Aging and
 Retirement. (N.E.T.S.P.A.R.)..... 67
 NEYT (M.) 114
 NIEL (X.)..... 47

O

Observatoire Européen des Systèmes et
 Politiques de Santé 94, 111
 Observatoire Régional de la Santé
 d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.) 14, 74
 Office of Health Economics. (O.H.E.) 103
 OR (Z.) 121
 Organisation de Coopération et de
 Développement Economique.
 (O.C.D.E.).....23, 41, 43, 60, 90, 93, 107, 127
 Organisation des Nations Unies. (O.N.U.) .. 127
 Organisation Internationale du Travail.
 (O.I.T.) 66
 Organisation Mondiale de la Santé.
 (O.M.S.)... 13, 16, 17, 46, 47, 48, 59, 67, 92, 94,
 106, 108, 111

P

PAFFRATH (D.)	102
PAOLUCCI (F.)	43
PAUTI (M.D.)	63
PEARSON (M.)	90
PENAUD (P.)	28
PEPIN (P.), PRAZNOCZY (C.)	74
PERMANAND (G.)	111
PETIT (J.F.)	21
PIETRO (C.)	92
POILIQUEN (E.)	126
POLETTI (B.)	43
POLSKY (D.)	89
PONCHON (F.)	133
POS (S.)	69
POULIAKAS (K.)	125
POUVOURVILLE (G. de)	18
POWELL (M.)	113
PRAZNOCZY (C.)	14
Présidence de la République	26
PROCTOR (B.D.)	109
PRUD'HOMME (D.)	64
PY (B.)	133

R

RABILLE (E.)	40
Rand Corporation	68
RAND Europe	22
RATTE (E.)	55
RAWLEY (E.)	89
REBITZER (J.B.)	79
REMONTET (L.)	45
RICAN (S.)	75
RICHARDSON (L.)	127
ROBINET (A.)	99
ROBINSON (S.)	41, 76
ROCHE (J.)	40
ROGER (M.)	30
ROLLAND (Y.)	58
ROSSIGNOL (C.)	16
ROSSO-DEBORD (V.)	54
ROSTGAARD (T.)	61

ROUT (H. S.)	112
RYS (V.)	31

S

SACHIN (G.)	103
SALEM (G.)	75
SCHEIL-ADLUNG (X.)	66
SCHOENBAUM (S.C.)	109
SCHRODER (M.)	121
SCHWABE (U.)	102
Sénat	49, 74, 101
SERMET (C.)	52
SETHI (D.)	59
SIRIWARDENA (A.N.)	79
SIRUGUE (C.)	24
SIRVEN (N.)	121
SITRUCK (P.)	58
SIVASANKARA KURUP (A.)	17
SIVEK (P.)	14
SMITH (J.C.)	109
SMITH (P.C.)	42
SMITH (R.)	23
SOMMERFELD (J.)	17
SORENSEN (B.S.)	13
SOULIGNAC (R.)	99
SPATH (P.L.)	21
STOWASSER (T.)	69
STRITTMATTER (A.)	17
SUNDE (U.)	17

T

TABUTEAU (D.)	71
TAUBAM (S.)	109
Terra Nova	57
The Nuffield Trust	76
THIERRY (M.)	115
TINGLE (J.)	134
TLILI (C.)	56
TOMASINO (A.)	63
TOWSE (A.)	103

Index des auteurs
Author index

TOWSE (A.K.)	102
TRAN (C.)	110
TREGOAT (J.J.)	58
TREMBLAY (M.E.).....	125
TUOMI-NIKULA (A.)	119

U

UGOLINI (C.)	81
UHRY (Z.)	45
Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.) - Que Choisir	40, 57
Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.)	58
Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes Régionales. (U.S.E.M.)	65
United States General Accounting Office. (G.A.O.).....	110
Université Jean-Monnet	97
University of Birmingham.....	113
University of Bologna	81
University of Bremen.....	112
University of Iowa	119
University of Saint Gallen	17
University of York	78, 114
US Census Bureau.....	109

V

VAILLANT (Z.).....	75
VAN OURTI (T.)	67
VANDOROS (S.).....	38
VELLAS (B.).....	58
VEROLLET (Y.)	55
VERON (P.).....	63
VERVOORDELDONK (J.)	69
VILLEBRUN (F.).....	76
VOTRUBA (M.E.)	79
VRANCKEN (D.).....	26

W

WALLACH (D.)	78
WANTE (B.E.)	13
WEBER (M.).....	55
WEBER (O.)	56
WERDING (M.)	25
WILLIAMS (I.)	41, 76
WINCK (I.).....	114
WINTER (J.)	69
WISKOW (C.).....	92
WISMAR (M.)	94
WOOD (S.).....	59
WORGOTTER (A.).....	107
WRIGHT (M.).....	109

Y

YANAT-IRFANE (A.)	34
-------------------------	----

Z

ZANE (R.D.).....	13
ZHENG (Y.).....	68
ZIGANTE (V.)	115
ZORN-MACREZ (C.)	133
ZWEIMULLER (J.).....	38

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers adress book

CARNET D'ADRESSE DES ÉDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

**A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de
Sécurité Sanitaire des Produits du
santé)**

Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
Email : wb.internet@afssa.fr
<http://www.afssaps.fr/>

**A.N.S.E.S. (Agence Nationale de
Sécurité Sanitaire Alimentation
Environnement travail)**

(ex A.F.S.S.A.)
27/31 avenue du général Leclerc
94701 Maisons-Alfort
☎ 01 49 77 13 50
<http://www.afssa.fr>

**A.S.I.P. Santé (Agence nationale des
Systèmes d'Information Partagés de
santé)**

9 rue Georges Pitard
75015 Paris
☎ 01 58 45 32 50
Fax : 01 58 45 33 33
<http://esante.gouv.fr/>

Académie Nationale de Médecine

16, rue Bonaparte
75272 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 57 70
Fax : 01 40 46 87 55
<http://www.academie-medecine.fr>

Armand Colin Editions

21, rue du Montparnasse
75283 Paris cedex 06
☎ 01 44 39 54 47
Fax : 01 44 39 43 43
Email : infos@armand-colin.com
<http://www.armand-colin.com/>

Ashgate Publishing Limited

Gower House Croft Road
Aldershot, Hampshire
GU11 3HR, Royaume-Uni
Fax : 00 44 1252 344405
<http://www.ashgate.com>

Assemblée Nationale

126, rue de l'Université
75007 Paris
☎ 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Australian National University

Research school of Economics
College of Business and Economics
HW Arndt Building 25a
The Australian National University ACT 0200
Australie
<http://rse.anu.edu.au/>

B

Banque Mondiale / World Bank

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Etats-Unis
Email : books@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de
recherche des documents et rapports)
<http://econ.worldbank.org/> (documents de
recherche sur la Banque mondiale)

Banque Mondiale (Distributeur en France)

Editions Eska;
12, rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
☎ 01 42 86 55 66
Email: eska@eska.fr
<http://www.eska.fr/>

BIPE (Le)

Le Vivaldi
11/13 rue René Jacques
92138 Issy-les-Moulineaux Cedex
☎ (0)1 70 37 23 23
<http://www.bipe.com>

C

C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)

18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/>

C.C.M.S.A. (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)

Direction des Statistiques et des Etudes
Economiques et Financières

Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
73547 Bagnole Cedex
☎ 01 41 63 80 77
Fax : 01 41 63 83 80
<http://www.msa.fr>

C.E.P.S. (Comité Economique des Produits de Santé)

8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
☎ 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
☎ 01 43 45 75 65
Fax : 01 43 45 75 67
Email : ces2@wanadoo.fr
<http://www.ces-asso.org/>

C.E.T.A.F. (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé)

67-69, avenue de Rochetaillée
BP 167
42012 Saint-Etienne cedex 2
☎ 04 77 81 17 17
<http://www.cetaf.asso.fr/>

C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information) / I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé)

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Canada
☎ 00 1 613 241 7860
Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>

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
☎ Standard 01 72 60 10 00
☎ Service Documentation : 01 72 60 10 20
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

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

4, Avenue Ruysdaël
75379 Paris Cedex 08
☎ 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99

<http://www.ordre.pharmacien.fr>

C.N.C.P.H. (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées)

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.
72 rue de Varenne
75007 Paris

C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

8, rue Vivienne
CS 30223
75083 Paris cedex 02
☎ 01 53 73 22 22

<http://www.cnil.fr/>

C.N.L.E. (Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale)

Adresse postale :
DGCS
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Adresse des bureaux :
DGCS
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon
75014 Paris

<http://www.cnle.gouv.fr/>

C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

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

4, Avenue Ruysdaël
75379 Paris Cedex 08
☎ 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99

<http://www.ordre.pharmacien.fr>

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

66 avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
☎ 01 53 91 28 00

<http://www.cnsa.fr>

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
☎☎ 01 40 77 85 01
Fax : 01 40 77 85 33

<http://www.credoc.fr/>

C.T.I.P. (Centre Technique des Institutions de Prévoyance)

10, rue Cambacérès
75008 Paris
☎ 01 42 66 68 49

Fax : 01 42 66 64 90

<http://www.ctip.asso.fr>

Cambridge University Press

The Edinburgh Building
Cambridge CB2 1RP
Royaume-Uni

<http://www.cambridge.org/>

Cavalier bleu (Le)

31, rue de Bellefonds
75009 Paris
☎ 01 44 69 15 00

Fax : 01 44 69 15 10

<http://www.lecavalierbleu.com/>

Chronique sociale

7 rue du Plat
69288 Lyon cédex 02
☎ 04 78 37 22 12

<http://www.chroniquesociale.com/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Comede (Le) (Comité Médical pour les Exilés)

Hôpital de Bicêtre
BP 31
78, rue du Général Leclerc
94272 Le Kremlin Bicêtre cedex
☎ 01 45 21 38 40
Fax : 01 45 21 38 41
Email : contact@comede.org
<http://www.comede.org>

Commonwealth Fund (The)

One east 75th street
New York, NY 10021.2692
Etats-Unis
☎ 00 1 212 535 0400
Email : cmwf@cmwf.org
<http://www.commonwealthfund.org/>

Cour des Comptes

13, rue Cambon
75001 Paris
☎ 01 42 98 95 00
Fax : 01 42 60 01 59
<http://www.ccomptes.fr/>

Commission des comptes de la Sécurité sociale

D.S.S. (Direction de la Sécurité Sociale)
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Sous-direction du financement et de la gestion de la Sécurité sociale
1, Place Fontenoy
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)

D

D.A.T.A.R. (Délégation Interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)

8, rue de Penthièvre
75800 Paris Cedex 08
☎ 01 40 65 12 34
<http://territoires.gouv.fr/la-datar>

D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques)

Ministère chargé de la Santé, Ministère des Affaires sociales
11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 80 68
Fax : 01 40 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/publications-de-la-drees,3891.html>

Dalloz-Sirey

31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
☎ 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr>

Danish National Centre for Social Research

Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Danemark
☎ +45 33 48 08 00
http://www.sfi.dk/the_danish_national_centre_for_social_research-2631.aspx

Documentation Française (La)

Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
☎ 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
☎ 01 40 15 68 74
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Deloitte Access Economics

Level 1
9 Sydney Avenue
Barton ACT 2600
PO Box 6334
Kingston ACT 2604
Australie
☎ +61 2 6175 2000
www.deloitte.com/au/economics

Dunod

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

E

**E.N.S.S.I.B. (Ecole Nationale Supérieure
des Sciences de l'Information et des
Bibliothèques)**

17/21, boulevard du 11 Novembre 1918
69623 Villeurbanne cedex
<http://www.enssib.fr/>

Editions de l'Atelier (Les)

51-55 rue Hoche
Bât. B Hall 1 Étage 3
94200 Ivry-Sur-Seine
☎ 01 45 15 20 20
<http://www.editionsatelier.com/>

Editions des Journaux Officiels

26 rue Desaix
75727 Paris cedex 15
☎ 01 40 58 75 00
Email : info@journal-officiel.gouv.fr
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

Le Coudrier (Editions)

Park avenir II
313 avenue Marcel Mérieux
Zone d'activités de Sacuny
69530 Brignais
<http://www.lecoudrier.fr/>

**Editions E.H.E.S.P. (Ecole des hautes
Etudes en Santé Publique)**

Avenue du Professeur Léon-Bernard
CS 74312
35043 Rennes
☎ 02 99 54 90 98
Fax : 02 99 54 22 84
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Editions Heures de France

7, cité du Cardinal-Lemoine
75005 Paris
☎ 01 53 10 08 18
Fax : 01 53 10 85 19
<http://www.heuresdefrance.com/>

Editions Le Pommier

239, rue St Jacques
75005 Paris
☎ 01 53 10 24 60

Éditions Perrin

11 rue de Grenelle
75007 Paris
☎ 01 53 63 50 10
<http://www.editions-perrin.fr/main.php>

Etudes Hospitalières (Les)

38, rue du Commandant Charcot
33000 Bordeaux Centre
☎ 05 56 98 85 79
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

**European Union Agency for Fundamental
Rights**

Schwarzenbergplatz 11
1040 Vienne / Autriche
☎ +43 1 580 30 60
Email : information@fra.europa.eu
<http://www.fra.europa.eu>

F

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

255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
☎ 01 40 43 30 30
Email : webmail@mutualite.fr
<http://www.mutualite.fr/>

Fayard

13, rue du Montparnasse
75006 Paris
☎ 01 45 49 82 00
<http://www.fayard.fr/Site/CtlPrincipal>

Fonds CMU (ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)

Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris
☎ 01 58 10 11 90
Fax : 01 58 10 11 99
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

G

G.A.O. (US General Accounting Office)

441 G Street NW, Room LM
Washington DC 20548
Etats-Unis
☎ 00 1 202 512 6000
Fax : 00 1 202 512 6061
<http://www.gao.gov/>

H

H.A.s. (Haute Autorité de santé)

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
☎ 01 55 93 70 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
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 56 00
Fax 01 40 56 59 55

Locaux HCAAM:
Ministère de la santé
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris
<http://www.securite-sociale.fr/-Actualites,1189->

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

Adresse postale
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Bureaux
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
☎ 01 40 56 79 80
☎ ADSP : 01 40 56 79 56
Fax : 01 40 56 79 49
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil>

Harmattan (L')

5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique
75005 Paris
☎ 01 43 54 79 14
Fax : 01 43 29 86 20
<http://www.editions-harmattan.fr>

Haut Conseil de la Famille :

Ministère Travail, Emploi et Santé
Adresse postale :
14, avenue Duquesne
75350 Paris Cedex SP 07
☎ 01 40 56 56 00

Adresse des bureaux :

11, pl. Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris

**Health Services Management Centre
(HSMC)**

University of Birmingham
Park House
40 Edgbaston Park Road
Birmingham
B15 2RT
Royaume-Uni



**I.F.R.I. (Institut Français des Relations
Internationales)**

27 rue de la Procession
75740 Paris Cedex 15
☎ 01 40 61 60 00
Email : accueil@ifri.org
<http://www.ifri.org/index.php>

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

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
☎ 01 40 56 6000
Fax : 01 40 56 6001
<http://www.igas.gouv.fr/>

I.H.E. (Institute of Health Economics)

10405 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta
Canada T5J 3N4
☎ 00 1 780 448 4881
Fax : 00 1 780 448 0018
<http://www.ihe.ca/>

I.N.C.A. (Institut National du Cancer)

52, avenue André-Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
☎ 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr/>

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

42, Bd de la Libération
93203 St Denis cedex
☎ 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>

I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)

12 rue du Val d'Osne
94415 St Maurice cedex
☎ 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>

**I.N.S.E.E. (Institut National de la
Statistique et des Etudes Economiques)**

18, boulevard Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 13
☎ 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>

Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A

195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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
☎ 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>
<http://bir.inserm.fr/>

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
☎ 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
☎ 00 49 228 3894 0
Fax : 00 49 228 3894 510
Email : iza@iza.org
<http://www.iza.org/>

Institut Diderot

Fonds de dotation pour le développement de l'économie sociale
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon
75014 Paris
☎ +33 (0)1 53 10 65 60
Email : contact@institutdiderot.fr
<http://www.institutdiderot.fr/>

Institut Thomas More

20, rue Laffitte
75009 Paris
☎ 01 49 49 03 30
Email : info@institut-thomas-more.org
<http://www.institut-thomas-more.org/home.html>

International Atomic Energy Agency

Vienna International Centre
PO Box 100
1400 Vienne
Autriche
<http://www-pub.iaea.org>

J

John Libbey Eurotext

127, av. de la République
92210 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : contact@john-libbey-eurotext.fr
<http://www.john-libbey-eurotext.fr>

John Wiley & Sons

Wiley Europe Ltd.
Customer Services Department (ref. DMW)
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex
PO22 9SA
Royaume Uni
<http://www.wiley.co.uk>

K

**K.C.E. (Federaal Kenniscentrum voor de
Gezondheidszorg / Centre Fédéral
d'Expertise des Soins de Santé)**

Centre Administratif du Botanique
Door Building (10e étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 287 33 88
<http://www.kce.fgov.be/>

King's Fund Institute

11-13 Cavendish Square
London W1G 0AN
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7307 2591
Fax : 00 44 20 7307 2801
Email : bookshop@kingsfund.org.uk
<http://www.kingsfund.org.uk>

L

**London School of Economics and Political
Science (L.S.E.)**

Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7405 7686
<http://www2.lse.ac.uk/home.aspx>

M

McMaster University

Department of Economics
Kenneth Taylor Hall, Rm 426
McMaster University
1280 Main Street West
Hamilton, Ontario, Canada
L8S 4M4
☎ 00 1 905 525 9140, ext. 22765
Email : econ@mcmaster.ca
econch@mcmaster.ca
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

Flammarion-Médecine-Sciences

Le Sequana
87 quai Panhard et Levassor
75 647 Paris cedex 13
☎ 01 40 51 30 08
Fax : 01 43 25 01 18
<http://medecine.flammarion.com/>

Médecins du Monde

62, rue Marcadet
75018 Paris
☎ 01 44 92 15 15
Email : medmonde@medecinsdumonde.org
<http://www.medecinsdumonde.org>

**Ministère chargé de la Santé
(M.S.S.P.S.)**

8, av. de Ségur
75007 Paris
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 54 25
<http://www.sante.gouv.fr>

**Ministère de l'Education Nationale, de
l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche**

3-5, bd Pasteur
75015 Paris
☎ 01 55 55 77 01
Fax : 01 55 55 77 13
<http://www.education.gouv.fr/index.php>

Munich Personal RepeCH Archive

Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/>

New Century Publications

4800/24, Bharat Ram Road,
Ansari Road, Daryaganj,
New Delhi - 110 002
Inde
<http://www.newcenturypublications.com/servlet/ncpHome>

N

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

1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats-Unis
☎ 001 617 588 0315
<http://www.nber.org>

Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services

59 New Cavendish Street
London W1G 7LP
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7631 8450
Email : mail@nuffieldtrust.org.uk
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>

O

National Institute for health and Welfare.

P.O. Box 30
00271 Helsinki
Finlande
http://www.thl.fi/en_US/web/en/Home

O.C.D.E.

Les éditions sont localisées à l'O.C.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>

Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention

P.O. Box 550
3440 AM Woerden
Pays-Bas
<http://eurohealthnet.eu/>

Documents en ligne :
<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne

Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Tilburg University Campus - Tias Building
Warandelaan 2
5037 AB Tilburg
Pays-Bas
☎ 31 13 466 2109.
<http://www.netspar.nl/>

Autres diffuseurs...
Monographies
Documentation Française (La)
Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
☎ 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
Email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
=> rechercher sur « OCDE »

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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
☎ 00 44 1767 604 800
Fax : 00 44 1767 601 640
[http://www.turpin-distribution.com/turpinweb
/content/home.aspx](http://www.turpin-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx)

Consultation des documents : à la
Documentation Française

**O.I.T. (Organisation International du
Travail)**

4, route des Morillons
CH 1211 Genève 22
Suisse
<http://www.ilo.org>

O.H.E. (Office of Health Economics)

12 Whitehall
London SW1A 2DY
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7747 8850
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>

**O.M.S. (Organisation Mondiale de la
Santé)**

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
☎ 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>
[http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents
2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE](http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents/2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE) (diffuseurs
en France)

**O.M.S. (Organisation Mondiale de la
Santé)**

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

O.N.U.

Publication Room DC2-853
New York 10017
Etats-Unis
☎ 00 1 212 963 8302
<http://www.un.org/Publications>

**O.R.S.I.F. (Observatoire régional de la
Santé d'Ile-de-France)**

43 rue Beaubourg
75003 Paris.
☎ 01 77 49 78 60
Fax : 01 77 49 78 61
Email : ors-idf@ors-idf.org
<http://www.ors-idf.org>

**Office des Publications Officielles des
Communautés Européennes**

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
☎ 00 352 29 29 1
http://publications.europa.eu/index_fr.htm

Réseau d'agents de vente :

[http://publications.europa.eu/others/agents/index
_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm) => France

Oxford University Press

Publishing office
Great clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
Email: enquiry@oup.co.uk
<http://www.oup.co.uk/>

P

Parangon/Vs

31, rue de Brest
69002 Lyon
☎ 04 92 53 59 62
<http://www.editions-parangon.com/f/index.php>

Pearson Education France

47bis avenue des Vinaigriers
75010 Paris
☎ 01 72 74 90 00

Policy Press (The)

Fourth Floor Beacon House
Queen's road
Bristol BS8 1QU
Royaume-Uni
☎ 00 44 117 331 4054
Fax : 00 44 117 331 4093
<http://www.policypress.org.uk>

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64
Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressesdesciencespo.fr/>

Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ : 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82
<http://www.puf.com/>

Presses Universitaires de Nancy

42- 44 avenue de la Libération
BP 3347
54014 Nancy Cedex
☎ 03 83 96 84 30
Fax : 03 83 96 84 39
Email : pun@univ-nancy2.fr
<http://www.univ-nancy2.fr>

R

Radcliffe Publishing

18, Marcham Road
Abingdon
Oxford OX14 1AA
Royaume-Uni
☎ 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
Email : contactus@radcliffemed.com
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

Rand corporation

Publications customer services
1776 Main Street
PO Box 2138
Santa Monica CA 90407-2138
Etats-Unis
☎ 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
☎ 00 44 20 7583 9855
Fax : 00 44 20 7842 2298
<http://www.routledge.com/>

S

Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 Paris
☎ 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/>

Springer-Verlag Berlin

PO-Box 14302
Heidelberger Platz 3
D-14197 Berlin
Allemagne
<http://www.springer.com>

Springer Medizin

Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
Allemagne
☎ : +49 6221 487-0
fax: +49 6221 487 8611
www.springer.com/sgw/cda/frontpage/0,,5-10054-0-0-0.00.html

T

Temps des Cerises (Le)

6, av. Edouard Vaillant
93500 Pantin
☎ 01 49 42 99 11
Fax : 01 49 42 99 68
Email : editeur@tdcerises.com

Terra Nova

66 avenue des Champs-Elysées
75008 Paris
☎ 01 58 36 15 20
<http://www.tnova.fr/>

U

U.F.C. (Union Fédérale des Consommateurs)

11, rue Guénot
75011 Paris
☎ 01 43 48 55 48
Fax : 01 43 43 44 35
<http://www.quechoisir.org/>

U.N.A.F. (Union Nationale des Associations Familiales)

(CISS)
28, pl. St Georges
75009 Paris
☎ 01 49 95 36 97
Fax : 01 49 95 36 44
<http://www.unaf.fr>

U.S.E.M. (Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales)

116, rue du Bac
75007 Paris
☎ 01 44 18 37 87
<http://www.usem.fr>

Université Jean Monnet, Faculté de Médecine

15, Rue Ambroise Paré
42023 Saint-Etienne cedex 2
☎ : 04 77 42 14 00

University of Bremen

Postfach 33 04 40-D
28334 Bremen
Allemagne
☎ 49 421 218-8720



University of Saint Gallen

Department of Economics
Bodanstr. 1
CH-9000 St. Gallen

Wiley-Blackwell

108 Cowley Road
Oxford OX4 AJF
Royaume-Uni
00 44 1865 776868
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/Brand/id-35.html>

University of York

Department of economics and related studies
York
Y010 5DD
Royaume-Uni
☎ (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

World Scientific Publishing Co, Ltd

52 Shelton Street
London WC2H 9HE
Royaume-Uni
☎ 00 44 207 836 0888
Fax : 00 44 207 836 2020
Email : sales@wspc.com.sg
<http://www.wspc.com.sg/>

US Government Printing Office

732 north Capitol
Washington DC, 20401
Etats-Unis
Fax : 202.512.2104
Email : ContactCenter@gpo.gov
<http://www.gpo.gov>

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:
Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé