

IRDES

Quoi de neuf, Doc ?

Mai - août / May-August 2013, n° 2

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

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 ? Mai - août 2013, n° 2

Table of contents (in English)	5	Présentation.....	2
		Comment lire une notice ?	7
		Index des auteurs	71
		Carnet d'adresse des éditeurs	79

Références bibliographiques

11 POLITIQUE DE SANTÉ

Crise économique	11
Droits des malades	11
Etudes d'ensemble	12
Psychiatrie	13
Sécurité sanitaire	13

Handicap	24
Périnatalité	24
Santé des adolescents.....	25
Santé des enfants	25
Santé des femmes	25
Statistiques sanitaires	26
Travail et santé.....	26

14 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie	14
Politique familiale	15
Régime spécial	15
Retraite	16
Sécurité sociale.....	16

29 PERSONNES ÂGÉES

Fragilité	29
Maladies chroniques	29
Politique de l'emploi	30
Politique vieillesse.....	31
Réseaux de soins	32

17 PRÉVENTION

Maladies professionnelles.....	17
Risques psychosociaux	17
Risques technologiques.....	18
Vaccination.....	18

34 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins	34
Capital social.....	35
Inégalités sociales de santé.....	35
Pauvreté.....	36

19 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Arrêts de travail	19
Coût de la maladie	19
Dépenses de santé	20
Macroéconomie	21

37 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Effets contextuels.....	37
Hôpital local	37
Milieu rural	37
Synthèses des connaissances.....	38

23 ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme.....	23
Cancer	23

39 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Anthropologie médicale	39
Choix des priorités	39
Médecine de groupe	40
Maisons de santé.....	40
Performance	40
Pratique médicale	41
Qualité des soins	42
Rémunération	42
Réseaux de santé	42

44 HÔPITAL

Cliniques privées.....	44
Etudes d'ensemble	44
Financement	44
Gestion hospitalière	45
Listes d'attente.....	46
Réformes	46
Restructuration hospitalière	47
Tarification hospitalière	47
Thérapies complémentaires.....	48

49 PROFESSIONS DE SANTÉ

Médecins territoriaux.....	49
----------------------------	----

50 MÉDICAMENTS

Dispositifs médicaux	50
Etudes d'ensemble	50
Médicaments génériques.....	50
Innovation médicale	51
Médicaments hospitaliers	51
Politique du médicament.....	52
Pharmacoéconomie	52

53 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Télémédecine	53
--------------------	----

54 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	54
Danemark	54
Etats-Unis	54
Europe	55
Maghreb.....	56
Pays-Bas.....	56
Union européenne	56

58 PRÉVISION-ÉVALUATION

Politique publique.....	58
-------------------------	----

59 MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Big data.....	59
Datamining.....	59
Enquêtes.....	60
Méta analyse.....	60
Modèles économétriques.....	60
SAS.....	62
Sciences sociales	62

63 DÉMOGRAPHIE - MODES DE VIE

Fécondité	63
Indicateurs démographiques.....	63

64 DOCUMENTATION

Dictionnaire	64
Knowledge management	64
Périodiques	64

66 RÉGLEMENTATION

Médicaments.....	66
------------------	----

Table of contents

Quoi de neuf, Doc ? May-August 2013, n° 2

Table of contents (in English)

5

Presentation.....	2
Reading a notice.....	7
Author index.....	71
Publishers address book.....	79

Bibliographic references

11 HEALTH POLICY

Economic crisis.....	11
Patient rights.....	11
Global studies.....	12
Psychiatry.....	13
Health care safety.....	13

14 SOCIAL PROTECTION

Health insurance.....	14
Family policy.....	15
Health Insurance Fund.....	15
Pension schemes.....	16
Social security.....	16

17 PREVENTION

Occupational health.....	17
Psychosocial risks.....	17
Technological risks.....	18
Vaccination.....	18

19 HEALTH ECONOMICS

Sick leaves.....	19
Cost of illness.....	19
Health expenditures.....	20
Macroeconomy.....	21

23 HEALTH STATUS

Alcohol.....	23
Cancer.....	23
Disability.....	24
Perinatal care.....	24
Adolescent health.....	25
Children health.....	25
Women health.....	25
World health statistics.....	26
Occupational health.....	26

29 ELDERLY

Frailty.....	29
Chronic disease.....	29
Employment policy.....	30
Ageing policy.....	31
Health networks.....	32

34 HEALTH INEQUALITIES

Health care accessibility.....	34
Social capital.....	35
Social health inequalities.....	35
Poverty.....	36

37 GEOGRAPHY OF HEALTH

Contextual effects.....	37
Local hospital.....	37
Rural area.....	37
Synthesis of knowledge.....	38

39 PRIMARY HEALTH CARE

Medical anthropology.....	39
Choice of priorities.....	39
Group practice.....	40
Medical home.....	40
Performance.....	40
Medical practice.....	41
Quality of care.....	42
Payment.....	42
Health networks.....	42

44 HOSPITAL

Clinics.....	44
Global studies.....	44
Financing.....	44
Hospital management.....	45
Waiting lists.....	46
Reforms.....	46
Hospital merger.....	47
Hospital payment system.....	47
Complementary medicine.....	48

49 HEALTH PROFESSIONS

Territorial physicians.....	49
-----------------------------	----

50 PHARMACEUTICALS

Medical devices.....	50
Global studies.....	50
Generic drugs.....	50
Medical innovation.....	51
Hospital drugs.....	51
Drugs policy.....	52
Pharmacoeconomy.....	52

53 MEDICAL TECHNOLOGIES

Telemedicine.....	53
-------------------	----

54 FOREIGN HEALTH SYSTEMS

Germany.....	54
Denmark.....	54
United States.....	54
Europe.....	55
Maghreb.....	56
The Netherlands.....	56
European union.....	56

58 PREVISION-EVALUATION

Public policy.....	58
--------------------	----

59 METHODOLOGY-STATISTICS

Big data.....	59
Datamining.....	59
Surveys.....	60
Meta analysis.....	60
Econometric models.....	60
SAS.....	62
Social sciences.....	62

63 DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS

Fecondity.....	63
Demographic indicators.....	63

64 DOCUMENTATION

Dictionary.....	64
Knowledge management.....	64
Periodicals.....	64

66 LAW

Pharmaceuticals.....	66
----------------------	----

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, propects</i>	Titre original
French title	<i>La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives</i>	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	<i>et al. (et alii)</i>	et d'autres auteurs
Volume number	<i>vol.</i>	numéro de volume de la revue
Journal number	<i>n°</i>	numéro de la revue
Includes tables	<i>tabl.</i>	présence de tableaux
Includes charts	<i>graph.</i>	présence de graphique
Bibliographic references quoted at the end of text	<i>réf.</i>	références bibliographiques citées à la fin du texte
Bibliographic references quoted	<i>réf. bibl.</i>	références bibliographiques citées

Références bibliographiques

Bibliographic references

Politique de santé / Health policy

Crise économique Economic crisis

53344

RAPPORT

DEVICTOR (B.) / prés.

Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.). Paris. FRA,
Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de la
Santé. (D.G.S.). Paris. FRA

Avis du 2 avril 2013 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013 : 6p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.sante.gouv.fr/la-conference-nationale-de-sante-adopte-son-rapport-2012-sur-les-droits-des-usagers-et-et-un-avis-sur-la-crise-economique.html>

Cet avis de la Conférence nationale de la santé dégage les objectifs et les critères qui lui paraissent essentiels à prendre en compte pour hiérarchiser, dans cette période, les priorités de la politique de santé, afin de faire face aux effets immédiats de la crise économique dans une logique solidaire, concernant aussi bien les financements que les pratiques.

Droits des malades Patient rights

53272

RAPPORT

LH2 Opinion. Paris. FRA, Collectif Interassociatif
Sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

Le baromètre des droits des malades 2013.

Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS : 2013/03 : 41p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.leciss.org/sites/default/files/130419_BarometreCissDroitsMalades-2013_2.pdf

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2013 des droits des malades. Il comporte cinq axes d'enquête : l'infor-

mation en matière de santé en général; zoom sur Internet en matière de santé; les droits des malades et la représentation de leurs intérêts; les difficultés d'accès au crédit et enfin les questions d'actualité concernant la nouvelle directive européenne sur les soins transfrontaliers

53237

RAPPORT

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

Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks Étude sur la participation des patients à la réduction des risques liés aux soins de santé.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013 : xiii
+ 175p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf

Si la législation et les déclarations sur les droits des patients ne rendent pas automatiquement les soins de santé plus sûrs, elles peuvent cependant aider à autonomiser et à responsabiliser les patients. Ainsi peuvent-ils mieux gérer leur propre santé et leurs propres soins de santé, et participer aux efforts visant à améliorer la sécurité. Ce rapport présente un aperçu des influences juridiques sur la sécurité des patients, et analyse la relation existant entre les droits des patients, leur participation et leur sécurité. Il présente une synthèse des études sur la participation des patients, accompagnée d'exemples précis provenant de Bulgarie, de France, des Pays-Bas, de Pologne et du Portugal. Le rapport met en évidence la nécessité de renforcer le flux continu d'informations entre les différents niveaux de soins, notamment l'expérience des patients, leur instruction en santé et leur participation. Il présente des recommandations sur les niveaux macro, micro et intermédiaire de la prestation des services de santé. En contribuant au processus plus général de la collecte des données, il permettra de recenser des moyens efficaces en vue de créer des attentes réalistes et réfléchies en matière de soins de santé, tout en encourageant les patients à être vigilants et bien informés,

en vue de garantir des normes de sécurité maximales (Résumé de l'éditeur).

Etudes d'ensemble Global studies

53574

RAPPORT

LEPPO (K.) / éd., OLLILA (E.) / éd., PENA (S.) / éd., et al.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire
Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
BEL, Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki. FIN

Health in all policies : Seizing opportunities, implementing policies.

*La santé dans toutes les politiques : saisir les
opportunités, mettre en oeuvre les politiques.*

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013 :
viii+350p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

Health in All Policies (HiAP) is an approach to policies that systematically takes into account the health and health-system implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts to improve population health and health equity. It is founded on health-related rights and obligations and has great potential to improve population health and equity. However, incorporating health into policies across sectors is often challenging and even when decisions are made, implementation may only be partial or unsustainable. This volume published in collaboration with the National Institute for Health and Welfare of Finland (THL), the European Observatory on Health Systems and Policies, and the UN Research Institute for Social Development aims to improve our understanding of the dynamics of HiAP policy-making and implementation processes. Drawing on experience from all regions, and from countries at various levels of economic development, it demonstrates that HiAP is feasible in different contexts, and provides fresh insight into how to seize opportunities to promote HiAP and how to implement policies for health across sectors. Part I sets the scene with five chapters on the concept and history of HiAP, links between socioeconomic development and health, the social determinants of

health, and the importance of preserving national policy space for health in a globalizing world. Part II assesses progress in eight policy areas including early childhood development, work and health, mental health promotion, agriculture, food and nutrition, tobacco, alcohol, environment and development assistance. Part III draws together lessons for the health sector, as well as for politicians, policy-makers, researchers and civil society advocates.

53253

OUVRAGE

GRIMALDI (A.)

La santé écartelée : entre santé publique et business.

Brest : Editions dialogues : 2013 : 219p.

Cote Irdes : A4443

Cet homme-là a voué sa vie à l'idée de soigner, de bien soigner. Et, précisément, c'est la manière dont on soigne à présent qui inquiète André Grimaldi. Professeur de médecine, exerçant dans le plus grand hôpital européen, il pose sur la situation actuelle un regard inquiet. A travers sa propre expérience, le professeur Grimaldi met en avant les questions récurrentes autour du thème de la santé qui, gouvernement après gouvernement, ne parviennent pas à se régler : les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires des spécialistes, la formation des étudiants, la gestion des hôpitaux, leurs modes d'organisation et de financement, les conflits d'intérêts... A partir d'une réflexion sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, il oppose au concept de " médecine industrielle " celui de " médecine intégrée " biomédicale, psychosociale, pédagogique et coordonnée. Dans *La santé écartelée*, il évoque son propre chemin, et l'évolution de la médecine depuis que, jeune étudiant, il était à la merci de ses chefs de service, véritables seigneurs féodaux, jusqu'à la révolution étudiante de Mai 68, qui bouleversa les codes. Il décrit l'hôpital d'aujourd'hui, et regrette la confusion des genres entre médecins et gestionnaires, entre " répondre à des besoins " et " gagner des parts de marché ", entre " être dévoué " et " travailler à flux tendu ", entre hôpital et entreprise. Non que cette dernière soit l'ennemie, mais ses méthodes sont autres. Porte-parole inlassable face aux gouvernements de droite et de gauche, il se bat pour qu'un jour la carte Bleue ne remplace pas la carte Vitale (4^e de couverture).

Psychiatrie Psychiatry

53277

RAPPORT, INTERNET

Royal College of Psychiatrists. (R.C.P.). London. GBR

Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health.

Les soins holistiques : de la rhétorique à la réalité. Atteindre la parité entre santé mentale et physique.

Occasional paper ; OP88

Londres : Royal College of Psychiatrists : 2013 ; 95p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP88xx.pdf>

In our society mental health does not receive the same attention as physical health. People with mental health problems frequently experience stigma and discrimination, not only in the wider community but also from services. This is exemplified in part by lower treatment rates for mental health conditions and an underfunding of mental healthcare relative to the scale and impact of mental health problems. There is an ambition for the NHS to put mental health on a par with physical health. However, the concept of parity in this context is not always well understood. In this report, an expert working group defines 'parity of esteem' in detail, and examines why parity between mental and physical health does not currently exist and how it might be achieved in practice.

De nombreux outils et dispositifs contribuant à assurer la sécurité des soins sont déjà en place, dont par exemple les recommandations de bonnes pratiques ou les vigilances. Certains domaines des soins, tels que la lutte contre les infections nosocomiales et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, ont en outre, au fil des années, fait l'objet de politiques dédiées en termes de qualité et de sécurité. Elaboré par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en lien étroit avec la Direction générale de la santé (DGS) et la Haute autorité de santé (HAS), ce premier programme national pour la sécurité des patients constitue désormais le cadre à partir duquel les politiques sectorielles de sécurité des soins pourront s'articuler entre elles et se renforcer mutuellement. Il se déploie autour de 4 axes : 1-L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité 2-Le renforcement de la déclaration des événements indésirables dans un objectif d'alerte et de retour d'expérience 3- La formation, la culture de sécurité et l'appui aux acteurs de santé en matière de sécurité des soins 4- L'innovation et la recherche.

Sécurité sanitaire Health care safety

53196

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2013 : 28p., Pdf, ann.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

Protection sociale / Social protection

Assurance maladie Health insurance

53360

DOCUMENT DE TRAVAIL
LAMIRAUD (K.)
ESSEC Business School. Cergy Pontoise. FRA

Switching costs in competitive health insurance markets.

Les coûts de changement dans les marchés concurrentiels en assurance maladie

Working Paper ; 07-02.

Cergy Pontoise : Essec : 2013 : 15p., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://hal-essec.archives-ouvertes.fr/docs/00/80/84/20/PDF/WP1305.pdf>

Cet article analyse la présence de coûts de changement (coûts de switching) lorsque les consommateurs ont la possibilité de changer d'assureur pour l'assurance maladie de base. Il s'intéresse au cas de la Suisse qui a mis en place une forme relativement pure de concurrence en assurance maladie. Il s'identifie différents types de coûts de changement : l'excès de choix (en termes de nombre de compagnies présentes sur le marché), le biais de statu quo, la possession d'un contrat d'assurance supplémentaire pour les assurés déclarant un mauvais état de santé, les stratégies tarifaires des firmes qui utilisent l'assurance supplémentaire comme produit d'appel, la mauvaise régulation des réserves des caisses et les limites liées au mécanisme initial de compensation des risques.

52991

DOCUMENT DE TRAVAIL
ZIEBARTH (N.R.), KARLSSON (M.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Insurance System.

Les effets de l'expansion de la générosité du système d'assurance maladie obligatoire.

IZA Discussion Paper ; 7250

Bonn : IZA : 2013/02 : 48p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp7250.pdf>

This article evaluates an expansion of employer-mandated sick leave from 80 to 100 percent of forgone gross wages in Germany. This study employs and compares parametric difference-in-difference (DID), matching DID, and mixed approaches. Overall workplace attendance decreased by at least 10 percent or 1 day per worker per year. It shows that taking partial compliance into account increases coefficient estimates. Further, heterogeneity in response behavior was of great importance. There is no evidence that the increase in sick leave improved employee health, a finding that supports a shirking explanation. Finally, it provides evidence on potential labor market adjustments to the reform.

52983

DOCUMENT DE TRAVAIL
MARZILLI ERICSON (K.), KESSLER (J.B.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

The Articulation Effect of Government Policy: Health Insurance Mandates Versus Taxes

Les effets de l'expression de la politique gouvernementale : assurance maladie obligatoire versus taxes.

NBER Working Paper series : 18913

Cambridge : NBER : 2013/03 : 27p.tabl., fig.

Cote Irdes : c, en ligne
<http://papers.nber.org/papers/w18913>

This paper examines how the articulation of government policy affects behavior. The experiment compares a government mandate to purchase health insurance to a financially equivalent tax on the uninsured. Participants report their probability of purchasing health insurance under one of the two articulations of the policy. The experiment was conducted in four waves, from December 2011 to November 2012. We document the controversy over the Affordable Care Act's insurance mandate provision that changed the political discourse during the year. Pre-controversy, articulating the policy as a mandate, rather than a financially equivalent tax, increased probability of insurance purchase by

10.6 percentage points — an effect comparable to a \$1000 decrease in annual premiums. After the controversy, the mandate is no more effective than the tax. Our results show that how a policy is articulated affects behavior and that persuasion and public opinion management can help achieve policy objectives at lower cost.

Politique familiale Family policy

53268

RAPPORT

FRAGONARD (B.) / prés.

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

Les aides aux familles.

Paris : Haut Conseil de la Famille : 2013/04 : 2 vol. (164p.+ 87p.), tabl., graph., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.hcf-famille.fr/IMG/pdf/Rapport_9_avril_2013-2.pdf

<http://www.hcf-famille.fr/IMG/pdf/ANNEXES.pdf>

Ce rapport commandé par le gouvernement Ayraud sur les aides aux familles présente différents scénarios sur l'aménagement des prestations familiales, afin de réguler les dépenses de la branche famille. Les différents membres du Haut Conseil de la famille n'ont pas réussi à trouver un consensus et le rapport est assorti d'un avis négatif de l'institution sur la modulation des allocations familiales. Le gouvernement dispose néanmoins d'une expertise suffisante pour agir. Les propositions sont exhaustives s'agissant des différentes mesures envisageables, à la fois pour un meilleur ciblage de certaines prestations et le renforcement des aides au bénéfice des familles fragiles. Elles ne constituent pas un plan global et univoque, et ouvrent à ce titre une grande latitude de choix. Sur certains sujets, le rapport renvoie à des travaux complémentaires.

Régime spécial Health Insurance Fund

52952

OUVRAGE

KESSLER (F.), KERSCHEN (N.)

LORTHIOIS (D.) / préf., ZACHER (H.F.) / préf.

L'assurance maladie en Alsace-Moselle : des origines à nos jours.

Paris : IRJS Editions : 2013 : 296p.

Cote Irdes : A4436

Les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle connaissent depuis plus de 100 ans un régime d'assurance maladie obligatoire. L'objectif de cet ouvrage est d'en présenter les règles juridiques tout d'abord dans leur dimension historique : l'Alsace et la Moselle ont, en effet, maintenu la législation allemande sur l'assurance maladie après 1918 sous forme de régime local autonome aux caractéristiques originales ; ce régime a survécu à nombre de tourments durant la seconde guerre mondiale devenant même « régime local spécial » des Alsaciens et Mosellans évacués d'office en 1939. Depuis 1946, un régime dit « MA bis » a complété le régime général d'assurance maladie; les particularités et les pratiques locales de gestion de ce véritable régime complémentaire obligatoire d'assurance frais de soins en contrepartie d'une cotisation salariale sont ainsi examinées. En 1991, le régime MAbis est devenu un régime légal local d'assurance maladie. L'ouvrage, à jour en décembre 2012, retrace ainsi les derniers développements de « pérennisation » de cette construction juridique très originale en droit français de la sécurité sociale.

Retraite
Pension schemes

53575

DOCUMENT DE TRAVAIL
LAUN (T.), WALLENIS (J.)

Social Insurance and Retirement: A Cross-Country Perspective

Protection sociale et retraite : une perspective internationale.

Uppsala : Department of Economics of Uppsala University : 2013 : 37p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.nek.uu.se/Pdf/20136ucfs.pdf>

This paper studies the role of social insurance, namely old-age pensions, disability insurance and healthcare, in accounting for the differing labor supply patterns of older individuals across OECD countries. To this end, it develops a life cycle model of labor supply and health with heterogeneous agents. The key features of the framework are: (1) people choose when to stop working, and when/if to apply for disability and pension benefits, (2) the awarding of disability insurance benefits is imperfectly correlated with health, and (3) people can partially insure against health shocks by investing in health, the cost of which is dependent on health insurance coverage. It finds that the incentives faced by older workers differ hugely across countries. In fact, based solely on differences in social insurance programs, the model predicts even more cross-country variation in the employment rates of people aged 55-64 than we observe in the data.

53183

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

Retraites : un état des lieux du système français. Douzième rapport.

Paris : COR : 2013/01/22 : 146p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.cor-retraites.fr/article418.html>

Ce rapport, ainsi que le onzième rapport du COR adopté en décembre 2012, Retraites : perspectives 2020,2040 et 2060, constituent les bases d'un diagnostic qui donne des points de repère aux décideurs pour faire évoluer le système de

retraite français. Ces deux rapports s'inscrivent dans le cadre de la feuille de route arrêtée à l'issue de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012. Après avoir rappelé les principales caractéristiques du système de retraite français, le douzième rapport pose plus largement la question de l'adéquation de ce système aux objectifs qui lui sont assignés dans la loi (maintien d'un niveau de vie satisfaisant des retraités, lisibilité et transparence, équité intergénérationnelle, solidarité intragénérationnelle, pérennité financière, progression du taux d'emploi des personnes de plus de 55 ans et réduction des écarts de pension entre les femmes et les hommes) et aborde d'autres thèmes mentionnés dans la feuille de route (personnes en situation de handicap, pénibilité, polypensionnés).

Sécurité sociale
Social security

53572

RAPPORT
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Europe : renforcer la viabilité des régimes de sécurité sociale.

Genève : AISS : 2013 : 45p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.issa.int/fre/Ressources/Publications-de-l-AISS/Europe-renforcer-la-viabilite-des-regimes-de-securite-sociale>

Ce rapport recense, résume et analyse les développements et tendances les plus récents dans le domaine de la sécurité sociale en Europe. Les administrations de la sécurité sociale de la région se caractérisent par leur dynamisme et leur capacité à proposer des réponses efficaces et encourageantes pour résoudre les difficultés qu'elles rencontrent.

Prévention / Prevention

Maladies professionnelles Occupational health

53451

RAPPORT

IMBEAU (D.), CHIASSON (M.A.), JALLONET (R.), et al.
Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail.
(I.R.S.S.T.). Montréal. CAN

Interventions pour la prévention des TMS. Mesure de l'exposition aux facteurs de risque et aspects économiques.

Études et recherches; R780

Montréal : IRSST : 2013 ; 54p., tabl., fig.+ annexes

Cote Irdes : En ligne, P111/2

[http://www.irsst.qc.ca/media/documents/
PubIRSST/R-780.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-780.pdf)

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) au dos et aux membres supérieurs constituent un problème majeur ayant des retombées au point de vue humain, social et économique. Ainsi, au cours des dernières années, plusieurs méthodes d'évaluation de l'exposition aux facteurs de risque (MÉEFR) de TMS ont été proposées par la communauté scientifique afin de soutenir les efforts de prévention. Toutefois, relativement peu d'information existe sur l'utilisation pratique de ces différentes méthodes en milieu de travail. Celles-ci sont nombreuses, ce qui complique pour le praticien le choix d'une méthode appropriée au contexte de l'intervention. Aussi, l'évaluation économique d'une intervention en SST (Sécurité et Santé au Travail) est un aspect jugé stratégique par les intervenants pour encourager les entreprises à prévenir des problèmes de SST, dont les TMS. Pourtant, les méthodes existantes ne sont pas ou peu utilisées dans les entreprises pour procéder à une telle évaluation.

53353

RAPPORT, INTERNET

Organisation Internationale du Travail. (O.I.T.). Genève.
INT, International Labor Organization. (I.L.O.). Genève.
CHE

La prévention des maladies professionnelles

Genève : Organisation Internationale du Travail : 2013 : 17p.,

fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ilo.org/wcmsp5/>

Même si des progrès importants ont été accomplis pour répondre aux difficultés soulevées par les maladies professionnelles, les systèmes nationaux de sécurité et de santé au travail (SST) doivent renforcer sans délai leur capacité à prévenir de telles maladies. Dans le cadre d'une collaboration entre les pouvoirs publics et les organisations d'employeurs et de travailleurs, la lutte contre cette épidémie cachée devra occuper une place de premier plan dans les futurs programmes mondiaux et nationaux en faveur de la sécurité et de la santé. Le présent rapport pour la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail donne un aperçu de la situation actuelle en matière de maladies professionnelles, et présente des propositions pour remédier à ce déficit préoccupant dans le domaine du travail décent.

Risques psychosociaux Psychosocial risks

53454

RAPPORT, INTERNET

BRUNET (S.)

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

La prévention des risques psychosociaux.

Paris : CESE : 2013/05 : 154p.

Cote Irdes : En ligne, P111/2

[http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/
Avis/2013/2013_12_prevention_risques_psychosociaux.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2013/2013_12_prevention_risques_psychosociaux.pdf)

La prévention des risques psychosociaux est une priorité du gouvernement, qui a instauré, en 2009, un plan d'urgence sur la prévention du stress en France. Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) publie son avis sur la question de la prévention des risques psychosociaux dans le contexte de la crise économique. Rapporté par Sylvie Brunet, l'avis indique que les risques psychosociaux sont mal identifiés et pourtant, bien présents, et que leurs causes sont à rechercher, notamment, dans l'évolution du

monde du travail. Pour faire face à cette situation, il existe un arsenal juridique dense, mais encore évolutif et peu stabilisé. La reconnaissance des risques psychosociaux s'est améliorée, avec la mobilisation des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, la prise de conscience des employeurs, et l'action des acteurs de la prévention. Cependant, le rapport relève une prise en charge des victimes encore insuffisante. Un ensemble de recommandations conclut le document. Le CESE propose, notamment, d'améliorer la connaissance et l'évaluation des risques psychosociaux, de stabiliser et de clarifier le cadre juridique, ou encore, de mieux former et mobiliser les acteurs de la prévention.

Risques technologiques

Technological risks

53252

OUVRAGE
ORESQUES (N.), CONWAY (E.)

Les marchands de doute.

Paris : Le Pommier : 2013 : 523p., index

Cote Irdes : A4442

Les lobbys industriels (industrie du tabac, de l'énergie, du pétrole...) ont, à coup de milliards de dollars, élaboré une stratégie destinée à éviter toute réglementation de santé publique ou environnementale qui aurait pu nuire à leurs intérêts. Une stratégie toute simple, qui a consisté à nier en bloc les preuves scientifiques de la dangerosité du tabac, du DDT, de la réalité du trou de la couche d'ozone, des atteintes environnementales des pluies acides... Discréditer la science et les scientifiques, semer la confusion : grâce à l'aide d'un petit groupe d'« experts indépendants » et de médias naïfs ou complaisants, cette stratégie a fonctionné et fonctionne toujours. Pour preuve : le réchauffement climatique – l'enjeu le plus important pour la planète et ses habitants – continue, en dépit des innombrables travaux menés à son sujet, en dépit de ses effets qui commencent à se faire sentir, d'être taxé de... gigantesque supercherie. Enquête aussi implacable qu'incroyable, l'ouvrage témoigne de l'importance des faits scientifiques dans le débat public, et conduit à une réflexion profonde sur la vulnérabilité de la société mondiale – la tactique,

mise au point outre-Atlantique, s'exportant bien – face aux « marchands de doute ».

Vaccination

Vaccination

52662

RAPPORT
LABAZEE (G.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

La politique vaccinale de la France.

Paris : Sénat : 2013/02 ; 223p.

Rapport d'information du Sénat ; 351

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/r12-351/r12-3511.pdf>

En décembre 2011, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes, en vertu de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, de procéder à une enquête sur la politique vaccinale de la France dans un contexte de résurgence de certaines maladies en raison de l'absence de couverture vaccinale suffisante de la population mais aussi de contestation de la sécurité des vaccins voire de la vaccination elle-même. Cette étude rappelle l'importance des vaccins pour la protection contre les maladies infectieuses mais souligne l'écart entre les objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 et les réalisations. Il en examine les causes et propose plusieurs solutions tendant à adapter la politique vaccinale aux enjeux et aux attentes du XXI^e siècle. Dans le prolongement de ce rapport, la commission des affaires sociales elle-même conduit plusieurs auditions et formulé des préconisations en matière d'accès aux vaccins, d'enseignement et de recherche.

Économie de la santé / Health economics

Arrêts de travail

Sick leaves

53427

RAPPORT, INTERNET
POLETTI (B.)

Assemblée nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA, Mission d'Évaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Les arrêts de travail : pour un dispositif plus transparent et plus juste.

Paris : Assemblée nationale : 2013 : 272p.

Rapport d'information ; 986

Cote Irdes : A4457

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0986.pdf>

Même si les dépenses d'Indemnités journalières maladie n'ont jamais évolué aussi sagement qu'en 2012, les députés de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) s'inquiètent de leur évolution à moyen terme. Ils relèvent que le nombre de journées indemnisées au titre de la maladie est passé de 180 millions de journées en 2000 à 204 millions en 2011 et que les dépenses d'indemnités journalières correspondantes ont progressé de 47 % dans le même temps, soit une augmentation moyenne par an de 3,6 %. Elles s'élevaient à 4,3 milliards d'euros en 2000 et ont atteint 6,3 milliards d'euros en 2011. Le rapport de Bérangère Poletti suggère de renforcer les contrôles de l'Assurance maladie. Alors qu'actuellement, 90 % de ces contrôles concernent des arrêts longs, de plus de 45 jours (qui représentent 80 % de la dépense des arrêts maladie), la mission propose de s'attaquer aux arrêts de moins de sept jours (pour cela, il faudra développer la dématérialisation). En outre, elle estime que les médecins gros prescripteurs d'arrêts pourraient être mieux ciblés et les contrôles généralisés dans la Fonction publique. La dématérialisation des procédures de contrôle devra être généralisée dans un délai de deux ans. En contrepartie, les parlementaires suggèrent d'adapter le dispositif à l'évolution du marché du travail qui a vu le développement de l'intérim et du temps partiel, étendant l'indemnisation des arrêts de travail aux salariés qui n'y ont

pas accès, soit parce qu'ils n'ont pas assez travaillé, soit parce qu'ils n'ont pas assez cotisé. Le rapport pointe par ailleurs le niveau trop élevé des dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Après une tendance à la baisse observée depuis 1970, les accidents ont été plus nombreux en 2011, par rapport à 2010 (+1,7). Les maladies professionnelles sont aussi en hausse sur ces deux années (+8,6 %). La Mecss préconise donc d'accentuer la prévention des risques professionnels et d'améliorer la sensibilisation aux maladies professionnelles. Elle recommande enfin d'harmoniser les méthodes de calcul des indemnités journalières maladie et AT-MP et ne retenir qu'une seule assiette du salaire de référence, de procéder à la liquidation des IJ itératifs (répétés) d'une même année sur la base de l'indemnisation versée lors du premier arrêt de travail, afin de ne pas faire subir de perte temporaire de revenu aux salariés et de simplifier la tâche des caisses et des entreprises.

Coût de la maladie

Cost of illness

52979

DOCUMENT DE TRAVAIL
MEYER (B.D.), MOK (W.K.C.)

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

Disability, Earnings, Income and Consumption

Invalidité, salaire, revenu et consommation.

NBER Working Paper series : 18869

Cambridge : NBER : 2013; 60p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w18869>

Using longitudinal data for 1968-2009 for male household heads, we determine the prevalence of pre-retirement age disability and its association with a wide range of outcomes, including earnings, income, and consumption. We then employ some of these quantities in the optimal social insurance

framework of Chetty (2006) to study current compensation for the disabled. Six of our findings stand out. First, disability rates are high. We divide the disabled along two dimensions based on the persistence and severity of their work-limiting condition. We estimate that a person reaching age 50 has a 36 percent chance of having been disabled at least temporarily once during his working years, and a 9 percent chance that he has begun a chronic and severe disability. Second, the economic consequences of disability are frequently profound. Ten years after disability onset, a person with a chronic and severe disability on average experiences a 79 percent decline in earnings, a 35 percent decline in after-tax income, a 24 percent decline in food and housing consumption and a 22 percent decline in food consumption. Third, economic circumstances differ sharply across disability groups. The outcome decline for the chronically and severely disabled is often more than twice as large as that for the average disabled head. Fourth, our findings show the partial and incomplete roles that individual savings, family support and social insurance play in reducing the consumption drop that follows disability. Fifth, time use and detailed consumption data further indicate that disability is associated with a decline in well-being. Sixth, using the quantities we have estimated, we provide the range of behavioral elasticities and preference parameters consistent with current disability compensation being optimal within the Chetty framework.

Cette analyse évalue dans quelle mesure les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et les paiements d'impôts et de taxes varient d'un groupe de revenu à l'autre. Nous avons estimé la répartition des revenus en tenant compte de la valeur des avantages tirés du système public de santé sous forme de médicaments, de soins hospitaliers et de services de médecins. Cette analyse est inédite puisqu'elle traite de la répartition des dépenses de santé et des paiements d'impôts et de taxes sur toute la durée de vie des Canadiens, et compare ses résultats avec ceux obtenus au moyen d'une approche plus courante qui consiste à observer la répartition sur un an seulement. L'observation de la répartition sur une durée de vie prend en considération que les personnes des groupes à revenu élevé ont tendance à vivre plus longtemps, et profitent donc plus longtemps des services de santé publics.

53426
DOCUMENT DE TRAVAIL
WILLEME (P.), DUMONT (M.)
Federal Planning Bureau. (F.P.B.). Bruxelles. BEL

Machines that go 'ping': medical technology and health expenditures in OECD countries.

Les machines qui font 'ping' : technologie médicale et dépenses de santé dans les pays de l'OCDE.

Bruxelles.: Federal Planning Bureau : 2013 ; 20p., fig., tabl.
Cote Irdes : en ligne
http://www.plan.be/admin/uploaded/201302120728090_WP_1302_10422_E.pdf

Dépenses de santé
Health expenditures

53457
RAPPORT
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.).
Ottawa ON. CAN, Canadian Institute for Health
Information. (C.I.H.I.). Ottawa ON. CAN

Effets redistributifs du financement public des soins de santé au Canada : analyse sur une durée de vie.

Ottawa : C.I.H.I. : 2013 ; 29p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne
https://secure.cihi.ca/free_products/Lifetime_Distributional_Effects_AiB_FR.pdf

While rising health care expenditures as a percentage of national income is a well-known and widely documented feature across the industrialized world, it has proved difficult to quantify the effects of the underlying cost drivers. The main difficulty is to find suitable proxies to measure medical technological innovation, which is believed to be a major determinant of steadily increasing health spending. This paper's main contribution is the use of data on approved medical devices and drugs to proxy for medical technological progress. The effects of these variables on total real per capita health spending are estimated using a panel model for 18 OECD countries covering the period 1981-2009. The results confirm the substantial cost-increasing effect of medical technology, which may account for at least 50% of the explained historical growth of spending.

Excluding the approval variables causes a significant upward bias of the estimated income elasticity of health spending and negatively affects some model specification tests. Despite the overall net positive effect of technology, the effect of two subgroups of approvals on expenditure is significantly negative. These subgroups can be thought of as representing 'incremental medical innovation', while the positive effects are related to radically innovative pharmaceutical products and devices. The results are consistent with those reported in other studies which suggest that some new products, despite their high price when they are introduced, can ultimately save money by reducing spending on other medical interventions.

52995

DOCUMENT DE TRAVAIL

ATELLA (V.), CONTI (V.)

Centre For Economic and International Studies. (C.E.I.S.).
Rome. ITA

The effect of age and time to death on health care expenditures: the Italian experience.

Les effets de l'âge et du moment du décès sur les dépenses de soins de santé : l'expérience italienne.

CEIS Research papers ; 267

Rome : Centre For Economic and International Studies :
2013/03 ; 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<ftp://www.ceistorvergata.it/repec/rpaper/RP267.pdf>

There exists a large body of literature, mainly based on hospital costs, showing that time to death is by far a better predictor of health spending than age. In this paper, we investigate if this finding holds true also in presence of outpatient costs (drugs, diagnostic tests and specialist visits). To accomplish this task we use data from the Health Search-SiSSI dataset, a large unbalanced panel of Italian patients that collects detailed information on patient clinical records and costs. Our results show that age is a strong driver of outpatient costs in Italy. In particular, we find that age produces a 500% increase in health costs from age 40 to 80, while proximity to death rises costs only by about 30%. Our advice for policy makers is then to use disaggregated models to better disentangle the role that age and time to death may have on different components of health expenditure.

52935

RAPPORT, INTERNET

JONES (N. M.), CHARLESWORTH (A.)

The Nuffield Trust. Londres. GBR

The anatomy of health spending 2011/12.

L'anatomie des dépenses de santé 2011-2012.

Londres : The Nuffield Trust : 2013/03; 52p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130305_anatomy-health-spending.pdf

Understanding how National Health Service (NHS) organisations manage their performance with respect to finance and productivity is becoming increasingly important in light of the unprecedented financial challenge facing the NHS in England. This report presents findings of new analysis of the financial performance of the NHS in England and the Department of Health between 2003/04 and 2011/12. It examines recent changes in the labour productivity of acute hospitals (both NHS and foundation trusts), identifies the factors associated with variations in labour productivity and develops a new measure of labour productivity. The report is the first in a series of annual reports on NHS finances from the Nuffield Trust.

Macroéconomie

Macroeconomy

53450

DOCUMENT DE TRAVAIL

EGAN (M.L.), MULLIGAN (C.B.), PHILIPSON (T.J.)

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

Cambridge CA. USA

Adjusting Measures of Economic Output for Health: Is the Business Cycle Countercyclical?

Adapter les mesures de la production économique à la santé : le cycle des affaires est-il anticyclique ?

NBER Working Paper Series ; 19058

Cambridge : NBER : 2013/05 ; 27p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w19058>

Many national accounts of economic output and prosperity, such as gross domestic product (GDP) or net domestic product (NDP), offer an incomplete picture by ignoring, for example, the value of leisure, home production, and the value of health. Discussed shortcomings have focused on how unobserved dimensions affect GDP levels but not their cyclicity, which affects the measurement of the business cycle. This paper proposes new measures of the business cycle that incorporate monetized changes in health of the population. In particular, we incorporate in GDP the dollar value of mortality, treating it as depreciation in human capital analogous to how NDP measures treat depreciation of physical capital. We examine the macroeconomic fluctuations in the United States and globally during the past 50 years, taking into account how depreciation in health affects the cycle. Because mortality tends to be pro-cyclical, fluctuations in standard GDP measures are offset by monetized changes in health; booms are not as valuable as traditionally measured because of increased mortality, and recessions are not as bad because of reduced mortality. Consequently, we find that U.S. business cycle fluctuations appear milder than commonly measured and may even be reversed for the majority of “recessions” after accounting for the cyclicity of health. We find that adjusting for mortality reduces the measured U.S. business cycle volatility during the past 50 years by about 37% in the United States and 46% internationally. We discuss future research directions for more fully incorporating the cyclicity of unobserved health capital into standard output measurement.

État de santé / Health status

Alcoolisme Alcohol

52672

FASCICULE

Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons.
(I.R.E.B.). Paris. FRA

Mémento alcool : édition 2013.

Paris : Ireb : 2013 : 16p., fig.

Cote Irdes : A4431

<http://www.ireb.com/sites/default/files/memento/ireb%20M%C3%A9mento%202013.pdf>

Le Mémento de l'Ireb vise à réunir les principales données récentes et disponibles sur l'alcool, principalement en France mais également pour quelques pays européens. Cette édition présente sept chapitres et vingt-trois graphiques ou tableaux : consommation globale, consommations à problèmes, consommation des jeunes, comparaisons européennes, alcool et route, connaissance et comportements, mortalité spécifique, informations pratiques et marché des boissons alcoolisées. La conception du Mémento s'appuie sur des données et enquêtes produites notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (Inpes), l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière (ONISR) et l'Institut de Recherches et de Documentation en Économie de la Santé (Irdes). L'édition 2013 reprend les données récentes issues de l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Irdes ainsi que les dernières enquêtes réalisées auprès des jeunes (Espad 2011, Escapad 2011, HBSC 2010).

Cancer Cancer

53269

RAPPORT

Ligue contre le Cancer. Paris. FRA

Observatoire sociétal des cancers : rapport 2012.

Paris : Ligue contre le cancer : 2013 : 124p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/Observatoire-societal-cancers-Rapport-2012.pdf>

L'observatoire sociétal de la Ligue contre le cancer publie un second rapport, qui, une nouvelle fois, présente et analyse le vécu des malades et des proches atteints par le cancer. Au travers de ses actions d'accompagnement des malades au quotidien, la Ligue recueille, en effet, données et témoignages sur les difficultés des personnes confrontées à cette maladie. Le rapport s'appuie en outre sur diverses études, dont une enquête IFOP, commanditée par la Ligue, portant sur les difficultés, rôles et attentes des proches. Dans le contexte de crise économique, la Ligue a observé une paupérisation des malades : ils seraient près d'un sur deux à avoir dû modifier leur mode de vie pour des raisons économiques liées à la maladie. Cette paupérisation s'est traduite dans les activités de la Ligue, sachant que 20 000 malades ou proches ont réalisé des demandes d'aide au paiement de factures. Le rapport consacre une partie à la perception que les Français ont des causes de cancer. Sur ce point, la Ligue indique que les Français, qui se disent pourtant bien informés sur cette maladie, hiérarchisent mal les différents facteurs de risque de cancer.

52668

RAPPORT, INTERNET

GROSCLAUDE (P.), REMONNET (L.), BELOT (A.), et al.
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne
Billancourt. FRA, Réseau Français des Registres de Cancer.
(F.R.A.N.C.I.M.). Toulouse. FRA, Hospices Civils de Lyon.
(H.C.L.). Service de Biostatistique. Lyon. FRA, Institut
National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA

Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim.

Boulogne-Billancourt : INCA : 2013/01 : 383p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/84-linstitut-national-du-cancer/7324-un-rapport-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france>

L'objectif principal de cette étude est de fournir, pour 47 localisations de cancer, tous stades confondus, des estimations de survie brute et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer, à partir des données de population fournies par les registres du réseau Francim. L'étude porte sur tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les personnes âgées de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 soit 427 000 cas. Les résultats sont présentés par sexe, classe d'âge et période de diagnostic.

Handicap
Disability

53455

RAPPORT, INTERNET

AMIET (C.), ARNAUD (C.), BACHOU-D-LÉVI (A-C.), et al.
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
(I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Handicaps rares, contextes, enjeux et perspectives. Synthèse et recommandations.

Paris : INSERM : 2013 : 71p., graph., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

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

Le terme de « handicaps rares » a été introduit dans la législation française pour prendre en compte, dans l'organisation du secteur médico-social, la situation des personnes (enfants ou adultes) atteintes de deux déficiences ou plus et dont la prise

en charge requiert le recours à des compétences très spécialisées. Les textes réglementaires définissent les handicaps rares par une faible prévalence (inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants), une combinaison de déficiences et de limitations nécessitant une prise en charge complexe pour laquelle il existe peu d'expertise d'intervention (au niveau de la détection, de l'évaluation fonctionnelle et de l'accompagnement). La démarche proposée au groupe d'experts sollicité par l'Inserm, a été d'aborder, sous un angle à la fois clinique et scientifique, plusieurs configurations illustratives (surdicécité, maladie de Huntington, association d'épilepsie et d'autisme, polyhandicaps sévères) pouvant servir de modèles et aider à conceptualiser une problématique de prise en charge des handicaps rares. Il a été également recherché les spécificités et points communs aux différentes situations de handicaps rares : (historique de la notion, référence aux classifications internationales) ; données de prévalence ; stratégies d'intervention (éducation et scolarité, accompagnement des familles, communication et langage, coût des prises en charge...).

Périnatalité
Perinatal care

53452

RAPPORT

Europeristat Project. sl. EUR

European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.

Rapport sur la santé périnatale en Europe. La santé et les soins aux femmes enceintes et aux bébés en Europe en 2010.

Sl : Europeristat : 2013/05 : 250p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf

Le nouveau rapport EURO-PERISTAT présente les données de la santé périnatale en 2010 pour 26 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse. EURO-PERISTAT est financé par la Commission européenne (Programme de santé de l'UE, DG Santé et Consommateurs) et coordonné par l'Inserm (Institut national de la santé

et de la recherche médicale). Ce rapport réunit les caractéristiques des femmes enceintes et des nouveau-nés, leur santé, et les pratiques médicales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum en 2010. Il comprend également les données de deux autres projets européens en lien avec la santé périnatale sur la paralysie cérébrale (SCPE) et les anomalies congénitales (EUROCAT). Le rapport permet de situer la France par rapport aux autres pays européens et d'apprécier ses points forts et ses points faibles, en matière de système d'information (recueil des données concernant la mère et l'enfant) et d'indicateurs sur la santé et les pratiques médicales.

Santé des adolescents

Adolescent health

53386

FASCICULE

BECK (F.), RICHARD (J.B.), GAUTIER (A.) et al.

La santé des 15-20 ans : une lecture du Baromètre santé. Dossier.

AGORA DEBATS / JEUNESSE : 2013 : n°63 : 52-141., tabl., graph.

Paris : presses de Sciences Po

Cote Irdes : A4450

La santé des jeunes est au coeur du débat public de ces dernières années. Elle est souvent étudiée à travers le prisme de facteurs de risque et, moins souvent, de facteurs de protection, alors même que les logiques sociales sont plus complexes et plus nuancées. La force des données mobilisées par l'enquête Baromètre santé 2010 de l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES) permet une comparaison des jeunes (15-30 ans) non seulement avec les autres âges de la vie, mais aussi entre les jeunes eux-mêmes. L'objectif de ce dossier est de porter un regard quantitatif et comparatif sur les comportements de santé des jeunes : en quoi le fait d'être jeune change-t-il le rapport à la santé et le regard porté sur celle-ci ?

Santé des enfants

Children health

53234

RAPPORT

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Centre de Recherche Innocenti (U.N.I.C.E.F.). Florence. ITA

Le bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparative.

Florence : Centre de recherche Innocenti de L'UNICEF : 2013/04 : 56p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.unicef.org/french/policyanalysis/files/Bilan_Innocenti_11.pdf

Ce rapport dresse un état des lieux du bien-être des enfants dans les pays riches. La première partie présente un classement du bien-être des enfants dans 29 des économies avancées du monde. La deuxième partie s'intéresse à ce que les enfants disent à propos de leur bien-être personnel (et présente un classement du niveau de satisfaction des enfants à l'égard de la vie). La troisième partie se penche sur les changements survenus dans le bien-être des enfants au sein des économies avancées au cours des années 2000 à 2010, passant en revue les progrès accomplis par chacun des pays en termes de réussite scolaire, de taux de natalité chez les adolescentes, de niveaux de l'obésité infantile, de prévalence des brimades et de consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

Santé des femmes

Women health

53005

OUVRAGE, CONGRES

BOURDILLON (F.) / coor., MESNIL (M.) / coor.

VALLAUD-BELKACEM (N.) / préf.

Sciences Politiques. Chaire Santé. Paris. FRA

Mieux prendre en compte la santé des femmes.

Séminaire 2013.

Paris : Editions de Santé ; Paris : Presses de Sciences Po : 2013 : 127p.

Cote Irdes : A4438

Ce séminaire a été l'occasion d'aborder un grand nombre de thématiques liées à la santé des femmes : les comportements de santé différenciés selon les sexes, en matière de consommation de tabac, d'alcool ou de nutrition ont été présentés ; la pertinence des programmes de dépistage descancers féminins - cancers du sein et du col de l'utérus - a été discuté ; les différents moments de la vie sexuelle, et parfois aussi reproductive, des femmes ont été examinés pour interroger les structures d'éducation, de prévention et de prise en charge des femmes autant que des hommes ; les conditions de vie socio-économiques et les inégalités de genre ont enfin fait l'objet d'un examen spécifique, à travers la prise en compte de la précarité et des violences faites aux femmes.

52974

RAPPORT

DUHAMEL (E.), JOYEUX (H.)

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

Femmes et précarité.

Paris : La Documentation française : 2013/02 : 118p., tabl., fig.

Cote Irdes : P111/2

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Etudes/2013/2013_09_femmes_precaire.pdf

Ce rapport étudie la problématique des femmes et la précarité. Dans un premier temps, le rapport examine les spécificités féminines potentiellement vectrices de précarité dans l'emploi : une augmentation de l'activité féminine qui s'accompagne d'un accroissement des inégalités entre femmes, des modalités d'emploi fragilisantes ou encore, les conséquences des interruptions d'activité pour raisons familiales. Le rapport souligne le risque de paupérisation des femmes âgées, ainsi que le risque de précarisation accentué des femmes en situation de famille monoparentale. En termes de santé, le rapport indique que la précarité des femmes implique des renoncements aux soins ou moindre recours aux examens de dépistage et aux soins, des pathologies révélatrices (anxiété, troubles dépressifs, surpoids), ou encore, un risque accru d'atteinte à la santé au travail. Une dernière partie du rapport ouvre des perspectives en matière de lutte contre la précarité des femmes, et pour leur insertion durable dans l'emploi.

Statistiques sanitaires World health statistics

53415

RAPPORT, INTERNET

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

World health statistics 2013. Statistiques sanitaires mondiales 2013.

Statistiques sanitaires mondiales.

Genève : OMS : 2013 : 168p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf

Les statistiques sanitaires mondiales 2013 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.

Travail et santé Occupational health

53435

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

VOLKER (D.), VLASVELD (M.C.), ANEMA (J.R.), et al.

Tilburg University. Center for Economic Research. Le Tilburg. NLD.

Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: Design of a cluster randomized controlled trial.

Module E-santé mixte sur le retour au travail incorporé à des soins collaboratifs pour les troubles mentaux courants au travail : Conception d'un essai cluster contrôlé randomisé.

Le Tilburg : Tilburg University : 2013 : 529-537, tabl., fig.,

Cote Irdes : En ligne

<http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=129665>

Background: Common mental disorders (CMD) have a major impact on both society and individual workers, so return to work (RTW) is an important issue. In The Netherlands, the occupational physi-

cian plays a central role in the guidance of sick-listed workers with respect to RTW. Evidence-based guidelines are available, but seem not to be effective in improving RTW in people with CMD. An intervention supporting the occupational physician in guidance of sicklisted workers combined with specific guidance regarding RTW is needed. A blended E-health module embedded in collaborative occupational health care is now available, and comprises a decision aid supporting the occupational physician and an E-health module, Return@Work, to support sick-listed workers in the RTW process. The cost-effectiveness of this intervention will be evaluated in this study and compared with that of care as usual. Methods: This study is a two-armed cluster randomized controlled trial, with randomization done at the level of occupational physicians. Two hundred workers with CMD on sickness absence for 4–26 weeks will be included in the study. Workers whose occupational physician is allocated to the intervention group will receive the collaborative occupational health care intervention. Occupational physicians allocated to the care as usual group will give conventional sickness guidance. Follow-up assessments will be done at 3, 6, 9, and 12 months after baseline. The primary outcome is duration until RTW. The secondary outcome is severity of symptoms of CMD. An economic evaluation will be performed as part of this trial. Conclusion: It is hypothesized that collaborative occupational health care intervention will be more (cost)-effective than care as usual. This intervention is innovative in its combination of a decision aid by email sent to the occupational physician and an E-health module aimed at RTW for the sick-listed worker.

53335

OUVRAGE

THEBAUD-MONY (A.)

L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude.

Paris : Editions Inserm : 2000 : 272p., index

Cote Irdes : A4447

<http://www.decitre.fr/livres/l-industrie-nucleaire-9782855987828.html>

Chaque année, entre 20 et 30 000 travailleurs, intervenant en sous-traitance dans l'industrie nucléaire, sont directement affectés aux travaux sous rayonnements. Ces travailleurs, dits "extérieurs", effectuent l'essentiel des tâches de maintenance

des centrales et supportent plus de 80% de la dose collective annuelle d'irradiation reçue dans le parc nucléaire français. La question qui se pose est pourquoi les activités de maintenance, fondamentales pour la sûreté des installations nucléaires, sont-elles sous-traitées ? En s'appuyant sur les résultats d'une enquête qualitative menée auprès des différents acteurs concernés et, notamment, les travailleurs "extérieurs", la démarche de sociologie de la santé au travail et des rapports sociaux exposée dans cet ouvrage analyse les raisons d'un tel choix et met en évidence les répercussions de celui-ci sur la santé et la sûreté. A la lumière des récits de ces salariés d'entreprises sous-traitantes, se dessinent les contours d'une division sociale du travail et des risques. Dans cette division du travail, le terme professionnel de "servitudes nucléaires" désigne certaines tâches de maintenance peu qualifiées mais indispensables à la réalisation d'interventions importantes pour la sûreté des installations. Ce livre montre comment la sous-traitance du travail et des risques précarise la santé des travailleurs "extérieurs", en même temps qu'elle rend difficile l'élaboration de connaissances sur les rapports entre le nucléaire et la santé. Il s'adresse à tous ceux qui voient la santé au travail comme un domaine à part entière de la santé publique (4e de couverture).

53324

DOCUMENT DE TRAVAIL

BEN HALIMA (M.A.), ROCOCO (E.)

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

Discrimination salariale selon l'état de santé en France.

Document de travail Irdes ; 55

Paris : Irdes : 2013 ; 36p.

Cote Irdes : DT55

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT55DiscriminationSalarialeEtatSante.pdf>

A partir des données 2010 de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), ce travail a pour objectif d'évaluer le niveau de discrimination salariale selon l'état de santé en France. Afin de mesurer l'écart de salaire selon la santé des individus, l'analyse prend en compte la sélection endogène de l'état de santé et l'impact des conditions de travail sur le salaire et la santé des individus à partir de trois indicateurs : l'état de santé perçu, les limitations d'activités et les Affections longues durée (ALD). L'écart

de salaire entre les individus en bon et en mauvais état de santé ainsi estimé est décomposé selon la méthode d'Oaxaca et Neumann (2004) en prenant en compte l'endogénéité de l'état de santé. Les résultats montrent l'existence de discrimination salariale envers les individus en mauvaise santé quel que soit l'indicateur d'état de santé considéré. Les individus se percevant en mauvaise santé reçoivent en moyenne un salaire horaire plus faible de 13,8 % à celui des individus se déclarant en bonne santé. En revanche, des écarts plus faibles sont constatés pour les individus souffrant d'une ALD et de limitations d'activités, respectivement de 6 % et 1,2 %. La décomposition des écarts de salaires montre que la « part inexpliquée », attribuable à une discrimination salariale, s'élève à 65 % de l'écart de salaire selon l'état de santé perçu, contre 51 % pour les limitations d'activités et les ALD (Résumé d'auteur).

53018

FASCICULE, INTERNET
Ministère du Travail - de l'Emploi - de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (M.T.E.F.P.D.S.).
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

Les salariés déclarant avoir interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité : les enseignements de l'enquête Sumer.

Paris : DARES : 2013/02 : 12p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-023.pdf>

Plus d'un salarié sur dix a déjà exercé son droit de retrait en interrompant ou refusant une tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité, révèle une étude de la DARES (Direction de l'animation et de la recherche - des études et des statistiques) publiée le 3 avril. En 2010, 12 % des salariés ont ainsi rapporté avoir pris une telle décision au cours des douze derniers mois. La moitié dit l'avoir fait dans le cadre d'une démarche collective. Les droits de retrait concernent tous les secteurs d'activité, le secteur de la banque et de l'assurance étant le moins concerné (6 %), et celui de la production et distribution d'eau, d'énergie et l'assainissement le plus touché (17 %). Le phénomène se produit dans toutes les catégories professionnelles, même si les ouvriers ont exercé deux fois plus souvent ce droit de retrait (16 %) que les cadres (8 %). Les salariés ayant exercé un droit de retrait ont eu plus souvent un accident au cours de l'année

écoulée (17 %) que les autres (7 %). Ils font un travail plus dangereux, 46 % étant par exemple exposés à un ou plusieurs produits chimiques contre 31 % des autres salariés. Ces résultats sont issus de la dernière enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) menée en 2009-2010.

52959

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
CAROLI (E.), GODARD (M.)
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA

Does Job Insecurity Deteriorate Health? A Causal Approach for Europe.

L'insécurité de l'emploi a-t-elle un effet néfaste sur la santé ? Une approche par effet de causalité en Europe.

Working paper; 2013-01

Paris : Paris School of economics : 2013/01 : 30p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://hal-pse.archives-ouvertes.fr/docs/00/78/47/77/PDF/wp201301.pdf>

This paper estimates the causal effect of job insecurity on health in a sample of 22 European countries. We rely on an original instrumental variable approach based on evidence that workers feel more insecure with respect to their job if employed in sectors with a high natural rate of layoff, but relatively less so if they live in a country where employment is strongly protected by the law. Using cross-country data from the 2010 European Working Conditions Survey, we show that when the potential endogeneity of job insecurity is not accounted for, the latter appears to deteriorate almost all health outcomes. When tackling the endogeneity issue, the health-damaging effect of job insecurity is confirmed for a subgroup of health outcomes, namely self-rated health, being sick in the past 12 month, suffering from headaches or eyestrain and depression or anxiety. Job insecurity also appears to deteriorate individual well-being. As for other health variables, the impact of job insecurity appears to be insignificant at conventional levels.

Personnes âgées / Elderly

Fragilité

Frailty

53323

DOCUMENT DE TRAVAIL

SIRVEN (N.)

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

Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE.

On the socio-economic determinants of frailty : findings from panel and retrospective data from SHARE.

Document de travail Irdes ; 52 bis

Paris : Irdes : 2013/04 : 36p.

Cote Irdes : DT52 bis

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>

Les études récentes sur la demande de soins de long terme ont mis en évidence le rôle de la fragilité en tant que précurseur de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. La fragilité est définie comme un état de santé vulnérable résultant de la diminution de la réserve physiologique de la personne âgée. Ce concept médical est introduit ici dans un cadre d'analyse économique afin d'étudier le rôle des politiques sociales dans la prévention de la perte d'autonomie et le maintien de la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. En utilisant quatre vagues de données de panel de l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe), un indice de fragilité est créé comme métrique de cinq critères physiologiques (modèle de Fried) pour des répondants âgés de 50 ans et plus dans dix pays européens, entre 2004 et 2011 (Résumé d'auteur).

Maladies chroniques

Chronic disease

53414

RAPPORT, INTERNET

HARBERS (M.M.) / éd., ACHTERBERG (P.W.) / éd.

National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.). Bilthoven. NLD

Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity

L'âge de la retraite des européens : maladies chroniques et activité économique.

Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities : 2013 : 249p.,

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/rivm_report_retirement_en.pdf

The Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) prepared this report in 2012 in response to a call by the European Commission (DG SANCO, Directorate-General Health and Consumers). The purpose of the report is to review the impact of chronic disease on the population of pre- (50+) and post-retirement age in the European Union (EU). This report addresses the following topics: The burden of chronic disease in the older population pre- and post-retirement (chapter 3); The impact of chronic disease on the exit from the labour market (including unemployment, disability and early retirement) (chapter 4); The impact of leaving the labour market on the burden of chronic disease (chapter 4); Interventions to increase the social participation (including work participation) of people with a chronic disease (chapter 5). Chapter 6 provides a list of policy recommendations that follow from our analysis, including an overview of gaps and needs for further action at EU, and Member State level (Tiré de l'introduction).

Politique de l'emploi
Employment policy

53436

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BATYRA (A.), DE LA CROIX (D.), DE LA CROIX (A.)

***Declining bargaining power of workers
and the rise of early retirement in Europe.***

*La baisse du pouvoir de négociation des
travailleurs et l'augmentation de la retraite
anticipée en Europe.*

Working Paper ; 13-06.

Istanbul : Galatasaray University Economic Research Center

Cote Irdes : en ligne

<http://gsu-giam.net/eng/images/haberler/7890980928.pdf>

We offer an alternative explanation for the decline in labor force participation of senior workers. Typically, tax and transfer explanations have been proposed. On the contrary, a model with imperfectly competitive labor market allows to consider as well the effects of a drop in bargaining power, which would not be possible in a purely neoclassical framework. We find that a decline in the bargaining power of workers, which has taken place in the last four decades, has largely contributed to the rise in inactivity in Europe. However, we need a combination of these two explanations, along with population aging and a fall in the matching efficiency, in order to correctly reproduce the joint evolutions of other labor market variables such as the employment and unemployment rates.

52980

DOCUMENT DE TRAVAIL
VOGEL (E.), LUDWIG (A.), BORSCH-SUPAN (A.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

***Aging and Pension Reform: Extending
the Retirement Age and Human Capital
Formation***

*Le vieillissement et la réforme des retraites :
recul de l'âge du départ à la retraite et formation
du capital humain.*

NBER Working Paper series : 18858

Cambridge : NBER : 2013/02 : 42p., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://papers.nber.org/papers/w18858>

Projected demographic changes in industrialized and developing countries vary in extent and timing but will reduce the share of the population in working age everywhere. Conventional wisdom suggests that this will increase capital intensity with falling rates of return to capital and increasing wages. This decreases welfare for middle aged agents with assets accumulated for retirement. This paper addresses three important adjustments channels to dampen these detrimental effects of ageing: investing abroad, endogenous human capital formation and increasing the retirement age. Although non of these suggestions is new in itself, we examine their effects jointly in one coherent model. Our quantitative finding is that openness has a relatively mild effect. In contrast, endogenous human capital formation in combination with an increase in the retirement age has strong effects. Under these adjustments maximum welfare losses of demographic change for households alive in 2010 are reduced by about 3 percentage points.

52976

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BARRERE-MAURISSON (M.A.)
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.). Paris. FRA

***Seniors en emploi et conciliation travail-
famille***

CES Working Paper ; 2013.22

Paris : Centre d'économie de la Sorbonne : 2013 : 18p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/CES2013/13022.pdf>

L'emploi des seniors est un des enjeux des prochaines années dans nos sociétés développées. En effet, ceux-ci vont être plus nombreux, à la fois pour des raisons démographiques et en raison du recul de l'âge de la retraite (notamment pour les femmes). Ainsi, les entreprises vont être plus souvent confrontées à la question des conditions d'emploi des seniors qui doivent assumer la charge, partielle ou plus importante, de leurs propres parents âgés. Cette charge familiale va s'ajouter dans de nombreux cas à celle qu'ils assument déjà auprès de leurs petits-enfants. Les personnes actives de plus de 55 ans ont donc une charge importante de travail domestique réalisé pour autrui, en particulier pour la famille élargie, alors même que leur propre état de santé commence à se dégrader. On se propose ici d'analyser les incidences de ces phénomènes sur les conditions d'em-

ploi des seniors actifs, et ce dans deux directions. Tout d'abord, l'impact sur les pratiques des entreprises en termes de gestion et d'aménagement des temps. Ensuite, du côté des salariés, en matière de pratiques de gestion des temps personnels : temps de travail, temps domestique, « temps grandparental » et « temps de solidarité intergénérationnelle ».

52938

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
ARANKI (T.), MACCHIARELLI (C.)
London School of Economics and Political Science.
(L.S.E.). Londres. GBR

Employment Duration and Shifts into Retirement in the EU.

Durée du maintien en emploi et les transitions vers la retraite dans l'UE.

LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series; 58
London : London School of Economics and Political Science :
2012 : 34p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www2.lse.ac.uk/europeanInstitute/LEQS/LEQSPaper58.pdf>

The decision to cease working is traditionally influenced by a wide set of socio-economic and environmental variables. This paper studies transitions out of work for 26 EU countries over the period 2004-2009 in order to investigate the determinants of retirement based on the Eurostat Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). Applying standard survivor analysis tools to describe exits into retirement, it does not find any significant differences in the patterns into retirement between the average euro area and EU non-euro area countries. Moreover, it finds that shifts into retirement have increased during the onset of the 2009 economic and financial crisis. Income, together with flexible working arrangements, is found to be important as regards early retirement decisions, compared to retiring beyond the legal retirement age. Finally, it shows that institutional measures (such as, state/health benefits, minimum retirement age) could not be sufficient alone if individuals withdraw earlier from the labour market due to a weakening of their health. Especially, these latter results are of importance for structural and macroeconomic policy, for instance, in increasing the employment of both people and hours worked against the background of population ageing.

Politique vieillesse Ageing policy

53384

OUVRAGE
LEICHSENRING (K.) / éd., BILLINGS (J.) / éd., NIES (H.) / éd.

Long-term care in Europe : improving policy and practice.

Les soins de longue durée en Europe : améliorer la politique et la pratique.

Basingstoke : Palgrave Macmillan : 2013 : 19p.+ 389p., index
Cote Irdes : A4448

This book challenges the prevailing discourse centred on the problems of demographic change and long-term care provision for older people by focusing on solutions emerging from progression and improvement in policy and practice. Building on ample research in 13 European countries, evidence is provided for how the construction of long-term care systems can be taken forward by practitioners, policy-makers and stakeholder organizations. By focusing on prevention and rehabilitation, the support of informal care, the enhancement of quality development as well as by decent governance and financing mechanisms for long-term care, stakeholders may learn from European experiences and solutions on the local, regional and national levels (4e de couverture).

52908

RAPPORT
PINVILLE (M.)

Premier Ministre. Paris. FRA, Ministère des Personnes âgées et de l'Autonomie. Paris. FRA

Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales.

Paris : La Documentation Française : 2013/02 : 132p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000174-relever-le-defi-politique-de-l-avancee-en-age-perspectives-internationales>

Ce rapport identifie et compare au plan international les pratiques jugées intéressantes et innovantes en matière d'anticipation-prévention et d'adaptation de la société au vieillissement.

52905

RAPPORT

AQUINO (J.P.)

GOHET (P.) / collab., MOUNIER (C.) / collab.

Comité Avancée en Age Prévention et Qualité de Vie. sl.
FRA

Premier Ministre. Paris. FRA, Ministère des Personnes
âgées et de l'Autonomie. Paris. FRA

***Anticiper pour une autonomie préservée :
un enjeu de société.***

Paris : La Documentation française : 2013/02 : 132p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000175/index.shtml>

Dans le cadre de la préparation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, annoncée par le Président de la République, trois groupes de travail ont été mis en place afin d'apporter des réponses aux enjeux du vieillissement de la société. Deux grands sujets ont été retenus : l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, objets du présent rapport réalisé par le Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité « Avancée en âge ». Ce rapport propose de développer une culture de prévention et de mieux dépister et traiter les fragilités. Ses conclusions constituent des pistes pouvant contribuer à enrichir le volet du projet de loi consacré à l'anticipation du vieillissement et à la prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie.

52904

RAPPORT

BROUSSY (L.)

Comité Interministériel sur l'Adaptation de la Société Française au Vieillissement de sa Population. sl. FRA
Premier Ministre. Paris. FRA, Ministère des Personnes
âgées et de l'Autonomie. Paris. FRA

***L'adaptation de la société au
vieillissement de sa population : France :
année zéro !***

Paris : La Documentation française : 2013/01 : 202p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000173-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement-de-sa-population-france-annee-zero>

Ce rapport constitue les conclusion d'une mission interministérielle de réflexion sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Il propose d'adapter les logements, les villes et les territoires au vieillissement de la population et de développer les technologies au service des plus âgés.

Il suggère également de mieux affirmer et protéger les droits des âgés. Ses suggestions contribueront à nourrir le volet du projet de loi consacré à l'adaptation de la société au vieillissement.

Réseaux de soins
Health networks

53421

RAPPORT, INTERNET

POIRIER (L.R.), DESCOTEAUX (S.), LEVESQUE (J.F), et al.
Institut National de Santé Publique du Québec.
(I.N.S.P.Q.). Québec. CAN

***Synthèse accélérée des connaissances
sur les conditions de mise en oeuvre
des réseaux de services intégrés aux
personnes âgées.***

Québec : INSPQ : 2013 : 10p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf

Ce document résume les principales observations d'un groupe d'experts sur les conditions de mise en oeuvre des Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Le travail d'analyse repose sur une revue de la littérature scientifique et grise, sur des études de cas décrivant l'expérience de mise en oeuvre dans six territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et sur un forum délibératif au cours duquel les résultats préliminaires ont été soumis à la discussion auprès d'une vingtaine de participants qui représentent divers types d'acteurs concernés par le sujet au Québec.

53036

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale d'Appui à la Performance des
Etablissements de Santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.).
Paris.

***Parcours de personnes âgées : l'animation
territoriale.***

Paris : ANAP : 2013/03 : 10p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Essentiel_ParcoursPersonnesAgees.pdf

Les enjeux liés à la démographie et au vieillissement de la population ont conduit l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) à engager un travail visant à améliorer la prise en charge de la population âgée. Trois publications à forte visibilité du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), et de la Cour des Comptes ont renforcé ce choix. Elles ont mis en avant l'insuffisante transversalité de notre système de santé. Précurseur, l'ANAP a conduit une démarche en deux étapes : en 2011, la réalisation d'un diagnostic territorial et la formalisation d'une feuille de route d'actions d'amélioration avec les Agences régionales de santé (ARS) Île-de-France, Pays-de-la-Loire et Languedoc-Roussillon ; en 2012, l'accompagnement de la mise en œuvre et le pilotage d'actions d'amélioration avec les ARS Île-de-France et Pays-de-la-Loire. Cette démarche vise à assurer la coordination des acteurs sur un territoire pour répondre aux besoins sociaux, sanitaires et médico-sociaux de sa population et permettre à chacun d'avoir accès à un service correspondant à ses besoins au moment opportun (Résumé de l'éditeur).

été présentée aux acteurs de projets et discutée avec eux, afin de les aider dans leur travail de maturation des projets

53009

RAPPORT

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

Rapport d'analyse des projets article 70.

Saint-Denis : HAS : 2012/12 : 53p., tabl., annexes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf

L'article 70 de la LFSS (Loi de financement de la Sécurité sociale) 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2). En tant qu'évaluateur de ces projets, la HAS (Haute Autorités de santé) accompagne les acteurs des projets, ARS (Agences régionales de santé) et promoteurs. Dans ce cadre, elle a élaboré un premier Rapport d'analyse des projets article 70 qui présente l'analyse globale des onze projets tels qu'ils ont été adressés à la HAS, en s'attachant à identifier la présence des différentes activités et stratégies mises en œuvre dans les projets, leur déclinaison et leur cohérence. Cette analyse a

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

53418

RAPPORT

POIRIER (G.)

Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais.
(O.R.S.N.P.D.C.). Lille. FRA

L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental. Enquête épidémiologique descriptive.

Lille : ORS Nord-Pas de Calais : 2013 : 100p., carte, tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.orsnpdc.org/etudes/286963_1u12-1.pdf

Cette étude s'attache à décrire et analyser l'accès à la santé des personnes déficientes intellectuelles accueillies ou accompagnées par les associations des Papillons Blancs du Nord, fédérées au sein de l'UDAPEI (Union départementale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales) du Nord. L'accès à la santé pour cette population ne se limite pas seulement à l'accès aux soins courants, mais comprend également les recours effectifs à d'autres volets de la santé tels que la prévention (sexualité, cancer, cardiologie, alimentation, addiction, etc.).

53453

RAPPORT, INTERNET

Institut Montaigne. Paris. FRA

Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale.

Paris : Institut Montaigne : 2013 : 73p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/accès-aux-soins-en-finir-avec-la-fracture-territoriale>

Très onéreux, d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins français pêche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisé par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé. Au-delà des problèmes – évidents – de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la ques-

tion est sans doute plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays. Face à ces défis et dans un contexte de finances publiques contraint, comment adapter notre système de santé ? C'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour des besoins des patients qu'il faut s'orienter. Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.

53369

DOCUMENT DE TRAVAIL

FIVA (J.H.), HAEGELAND (T.), RONNING (M.), et al.

Statistics Norway. Research Department. Oslo. NOR

Access to treatment and educational inequalities in cancer survival.

Accès au traitement et inégalités selon le niveau d'éducation dans la survie au cancer.

Discussion Paper; 735

Oslo : Statistics Norway : 2013 : 38p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/attachment/98814?ts=13d0136a030>

The public health care systems in the Nordic countries provide high quality care almost free of charge to all citizens. However, social inequalities in health persist. Previous research has, for example, documented substantial educational inequalities in cancer survival. We investigate to what extent this may be driven by differential access to and utilization of high quality treatment options. Quasi-experimental evidence based on the establishment of regional cancer wards indicates that i) highly educated individuals utilized centralized specialized treatment to a greater extent than less educated patients and ii) the use of such treatment improved these patients' survival.

53270

RAPPORT

CHAUVIN (P), SIMONOT (N.), VANBIERLIET (F.)

Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA

Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia.

Accès aux soins de santé en Europe en temps de crise et de xénophobie croissante.

Paris : Médecins du Monde : 2013 : 46p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.medecinsdumonde.org/>

Le rapport analyse les effets de la crise et des coupes budgétaires sur l'accès aux soins des plus précaires. Constatant une montée de la xénophobie, Médecins du Monde souligne l'accroissement des difficultés rencontrées par les migrants pauvres, parfois pris comme bouc émissaire de la situation. Sur les problématiques d'accès aux soins, les indicateurs apportés par les centres de Médecins du Monde sont accablants : 26% des patients reçus se trouvent en très mauvais état de santé général ; 80% des patients reçus doivent payer, malgré leur précarité, la totalité de leurs frais médicaux ; 59% des femmes enceintes n'ont pas accès aux soins prénataux. Dans ce contexte d'aggravation des difficultés d'accès aux soins, Médecins du Monde revendique le droit de dispenser des soins de santé à l'ensemble des patients, indépendamment de leur statut administratif ou de leur origine et en appelle à des systèmes nationaux de santé publique reposant sur la solidarité, l'égalité et l'équité.

Capital social
Social capital

52937

OUVRAGE, INTERNET

MARTIN-CARON (L.)

Recension des écrits sur le capital social et sa mesure.

Québec : Université Laval : 2013 : 68p., fig, tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron_capital_social_ta1301.pdf

Il n'existe pas de définition unique du concept de capital social. Cette situation est en partie attribuable au fait que ce concept est utilisé par plusieurs disciplines et interprété selon différentes écoles idéologiques. Il en résulte une grande diversité de propositions quant aux dimensions de ce concept, à ses niveaux, déterminants, bénéfiques et possibles retombées. Cette recensions des écrits permet de cataloguer les différentes perspectives théoriques du capital social, de dresser le portrait des consensus et des approches reconnues par les chercheurs en 2012 et qui paraissent les plus utiles aux interventions sociales et économiques, puis de répertorier et détailler les méthodes et techniques de mesure des différentes composantes du capital social. Le choix méthodologique qui a guidé la recension repose sur quatre critères : efficacité, utilité, objectivités des données et économie des ressources (Résumé de l'auteur).

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

52989

RAPPORT, INTERNET

ALLEN (M.), ALLEN (J.), HOGART (S.), MARMOT (M.)

UCL Institute of Health Equity. London. GBR

Working for health equity: the role of health professionals.

Travailler en faveur de l'équité en santé : le rôle des professionnels de santé.

London : UCL Institute of Health Equity : 2013: 126p., fig., ill.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals>

This report demonstrates that the healthcare system and those working within it have an important and often under-utilised role in reducing health inequalities through action on the social determinants of health. It discusses the best ways to reduce inequities through workforce education and training, practical actions to be taken during interactions with patients, ways of working in partnership, and the role of advocacy. It also includes a section on the health system, which analyses which mechanisms and structures are supportive of actions to reduce health inequality, and where further development might be needed.

52966

RAPPORT

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

Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action.

Comblant le déficit d'équité en santé : options stratégiques et possibilités d'action.

Genève : OMS : 2013 : 55p., tabl., ill.

Cote Irdes : En ligne

http://new.paho.org/equity/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=103&Itemid

This report brings together a series of policy briefs and is aimed at policy-makers and others interested to improve health equity by acting within the health system and on broader governmental policy. The report provides an update and overview of the vast amount of evidence produced during the Commission on Social Determinants of Health and identifies policy options to implement the main recommendations of the Commission. It draws from the extensive work of the nine global knowledge networks set up by WHO to generate evidence for the Commission. It first considers the essential role of the health sector in reducing inequities in five areas (working towards universal coverage; public health programmes; measuring inequities in health; facilitating mobilization of people and groups; intersectoral action). Second, it discusses how the health sector can work with other sectors that are also vital to this task in seven additional areas (early child development; urban settings; globalization. The report ends by outlining one way to put together a national action plan addressing these issues, in light of the different starting points and priorities found in each country (Résumé de l'éditeur).

Pauvreté

Poverty

53430

RAPPORT, INTERNET

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.). Paris. FRA

Penser l'assistance : 8e rapport de l'Onpes.

Paris : ONPES : 2013 : 102p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Penser_l_assistance_web.pdf

Ce huitième rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) porte sur la thématique de l'Assistance. Les dépenses d'assistance, terme utilisé dans le milieu des années 1950, avant que ne prévalent les termes d'aide sociale et/ou d'action sociale, doivent être considérées comme des "investissements sociaux", estime l'observatoire, dans la lignée des recommandations de la Commission européenne. "Une réalité qui s'impose lorsque l'on considère l'effet à long terme sur les finances publiques des coûts du mal-logement, d'une prévention insuffisante en matière de santé, de l'échec scolaire et du chômage de longue durée". Le rapport conteste des "idées reçues" selon lesquelles les bénéficiaires de minima sociaux s'installeraient délibérément dans la dépendance. "Les situations d'abus existent, on ne peut le nier", reconnaît ce rapport, mais il estime, au vu de diverses données, que "prévaut dans les populations précaires et/ou aidées une immense aspiration à s'en sortir". En témoigne l'ampleur des « non-recours », ces personnes qui ne réclament pas les aides auxquelles elles auraient droit, en partie par crainte d'être stigmatisées. Deux tiers des allocataires potentiels du RSA activité ne font pas valoir leurs droits, comme 68 % des ménages éligibles aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité, ou encore et 53 à 67% des personnes éligibles à l'aide à l'ACS. "Pour une prestation donnée, le non-recours engendre des non-dépenses bien supérieures au montant estimé de la fraude pour ces mêmes prestations", rappelle le rapport. L'organisme d'observation sociale suggère plusieurs pistes de travail comme automatiser davantage notre système de versement de droits, afin d'éviter le sentiment de stigmatisation éprouvé par les allocataires, repenser et revaloriser le travail social pour mieux accompagner les bénéficiaires vers l'autonomie, et mieux évaluer les effets des politiques de solidarité pour en améliorer l'efficacité et la compréhension par les citoyens.

Géographie de la santé / Geography of health

Effets contextuels Contextual effects

53373

DOCUMENT DE TRAVAIL

LINDO (J.M.)

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

Aggregation and The Estimated Effects of Local Economic Conditions on Health

Agrégation et effets estimés des situations économiques locales sur la santé.

NBER Working Paper Series ; 19042

Cambridge : NBER : 2013/05 : 45p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w19042>

This paper considers the relationship between local economic conditions and health with a focus on different approaches to geographic aggregation. After reviewing the tradeoffs associated with more- and less-disaggregated analyses—including an investigation of the migratory response to changing economic conditions— it updates earlier state-level analyses of mortality and infant health and then consider how the estimated effects vary when the analysis is conducted at differing levels of geographic aggregation. This analysis reveals that more-disaggregated analyses severely understate the extent to which downturns are associated with improved health. Further investigation reveals that county economic conditions have an independent effect on mortality but that state and regional economic conditions are stronger predictors. It also leverages county-level data to explore heterogeneity in the link between county economic conditions and health across states, demonstrating that local downturns lead to the greatest improvements in health in low-income states.

Hôpital local Local hospital

52901

RAPPORT

Association des Petites Villes de France. (A.P.V.F.). Paris.
FRA

Pour une approche territoriale de la santé : 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes.

Paris : APVF : 2013/03 : 26p., cartes, graph

Cote Irdes : en ligne

<http://www.apvf.asso.fr/files/publications/APVF-Livre-blanc-v12.pdf>

Ce rapport détaille des propositions de l'APVF (Association des petites villes de France) psur la place des élus locaux en matière de gouvernance, sur la façon de sauver les petits hôpitaux des écueils de la tarification à l'activité, ou encore sur le développement du salariat pour lutter contre les déserts médicaux.

Milieu rural Rural area

53255

FASCICULE

BARLET (M.), COLDEFY (M.), COLLIN (C.), LUCAS-GABRIELLI (V.), et al.

BONTRON (J.C.) / coor., VOISIN (L.M.) / coor., VINCENT (J.) / coor., et al.

Santé en milieu rural : réalités et controverses. Dossier.

Paris : Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective

POUR : 2012/07 : n°214 ; 85-171

Cote Irdes : A4445

<http://www.grep.fr/pour/numeros/pour214.htm#sommaire>

Réalisé par le Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective (Grep) avec le concours des acteurs

de terrain (élus locaux, professions de santé...), ce numéro de la revue POUR, paru en juillet 2012, propose d'abord un état des lieux, où il n'est pas seulement question de l'accessibilité des médecins généralistes, mais aussi des difficultés rencontrées par les pharmacies rurales ou des mesures prises pour équilibrer l'offre de soins infirmiers sur le territoire. Il est ensuite question des mesures prises ou à prendre pour améliorer l'offre de soins mais surtout en améliorant l'accès pour les habitants des zones rurales. Ce dossier invite à ne pas se focaliser sur la notion de distance ou de temps de trajet pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin, mais à considérer l'état de santé de la population (proportion de personnes âgées et d'enfants, plus vulnérables), sa mobilité et sa situation sociale. Ainsi, pour l'association Médecins du Monde, " l'enjeu majeur de la santé en milieu rural n'est pas celui du désert médical mais celui de l'accès aux soins de populations précaires ". Il présente aussi des arguments pour ou contre les mesures d'incitation à l'installation de jeunes médecins à la campagne. Si les contrats (incitatifs) d'engagement de service public semblent faire leurs preuves en Bourgogne, la régulation (coercitive) de l'offre de soins infirmiers aussi. Et quand certains fustigent de simples " effets d'aubaine ", d'autres dénoncent la complexité de dispositifs mal connus des principaux concernés : 95% des internes interrogés au niveau national semblent ne pas connaître ce type de mesures... Plus largement, ce dossier invite à adopter une démarche qualitative, pour évaluer correctement les besoins mais surtout apporter une réponse adaptée. En effet, les élus, professionnels de santé et autres acteurs de terrain s'accordent tous pour souligner : l'importance et l'intérêt de toutes les initiatives de coordination entre acteurs sanitaires et sociaux, via des maisons de santé, des rencontres régulières, des dispositifs de transmission d'information... ; le poids de facteurs non économiques dans le choix d'installation des médecins : attractivité du cadre de vie et présence de services, possibilité de travailler en relation avec d'autres professionnels, poids des tâches administratives et de gestion dans l'activité... Quelques retours d'expériences illustrent ce point de vue.

Synthèses des connaissances

Synthesis of knowledge

49431

OUVRAGE

FLEURET (S.) / dir., HOYEZ (A.C.) / dir., CURTIS (S.E.) / préf.

Santé et géographie : nouveaux regards.

Paris : Economica : 2011/10 : 302p.

Cote Irdes : A4306

<http://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/sante-et-geographie-9782717860986?PHPSESSID=>

Composé de contributions inédites, ce livre apporte de nouveaux regards et de nombreux éclairages sur les positions théoriques critiques prises par les géographes de la santé (sur la mondialisation, les changements des systèmes de santé, les mobilisations des acteurs pour la santé) et sur l'état des travaux qui sortent des courants majeurs de la recherche en étudiant les phénomènes moins connus (populations minoritaires, soins alternatifs ou complémentaires par exemple).

53006

OUVRAGE

FLEURET (S.) / dir., THOUZEZ (J.P.) / dir.

Santé et géographie : un panorama.

Paris : Economica : 2007 : 301p.

Cote Irdes : A4439

La géographie de la santé a considérablement évolué depuis deux décennies sous l'influence de travaux de recherche nombreux, et variés des domaines de l'épidémiologie, des sciences de l'environnement, des sciences sociales, de la santé publique ou du management des services pour ne citer que quelques exemples. D'une géographie médicale un peu étriquée, la sous-discipline a évolué vers une géographie de la santé riche et complexe. Cet ouvrage en propose un panorama en abordant successivement les grandes orientations théoriques et conceptuelles, les principales méthodologies (tant quantitatives que qualitatives) et les quelques grands thèmes qui interpellent les géographes de la santé dans les sociétés occidentales.

Soins de santé primaires / Primary health care

Anthropologie médicale Medical anthropology

53254

OUVRAGE
PENEFF (J.)

La France malade de ses médecins.

Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond : 2005 : 358p.

Cote Irdes : A4444

L'Assurance maladie est le plus gros budget de la nation. Mais derrière les slogans (" la meilleure médecine au monde ") se cache une réalité bien différente: le désordre des régulations internes, l'absence d'harmonisation entre les différents objectifs, le laxisme des contrôles, la dispersion des pratiques. Tout contribue à ce que l'on dépense toujours davantage pour des résultats contestables. Les réformes de la Sécurité sociale se succèdent mais elles ont un point commun: leur échec. Loin de combler le fameux trou, chacune le creuse un peu plus. L'Assurance maladie est même devenue un système de redistribution à l'envers: plus on est pauvre et plus on contribue à un système qui bénéficie aux classes les plus favorisées. La profession médicale a su retourner à son profit les tentatives de réforme. Elle bénéficie d'un statut extravagant: c'est la seule profession libérale dont les revenus soient socialisés. Malgré son activisme syndical et politique, la profession est pourtant divisée et n'est efficace que pour bloquer l'institution. Le secret médical est ainsi devenu un moyen pour empêcher toute enquête approfondie et toute remise en cause.

Choix des priorités Choice of priorities

53432

INTERNET, RAPPORT
NAYLOR (C.), IMISON (C.), ADDICOTT (R.), et al.
King's Fund Institute. Londres. GBR

Transforming our health care system: ten priorities for commissioners.

Transformation de notre système de santé : dix priorités pour les commissioners.

Londres : King's Fund : 2013/04 : 18p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/10PrioritiesFinal2.pdf

As of 1 April 2013, clinical commissioning groups (CCGs) are responsible for the majority of the NHS budget – more than £65 billion of public money. At the same time, public health budgets of £2.7 billion are transferring to local authorities, while NHS England (formerly the NHS Commissioning Board), through its 27 area teams, takes responsibility for commissioning primary care (£13 billion) and specialised services (£12 billion). It is hoped that the new health and wellbeing boards, convened by local authorities, will play a key role in co-ordinating the activities of these different groups of commissioners, while commissioning support units – also new – will provide a range of services to clinical commissioning groups and NHS England to help them to perform their functions effectively. The new commissioning landscape is summarised in the figure below. Collectively, the task of this new set of commissioners is to deliver a sustainable health care system in the face of one of the most challenging financial and organisational environments the NHS has ever experienced. The task is especially daunting in the context of a population in which the burden of disease is growing and medical advances offer increasing opportunities to treat disease, but at a cost. The result, if nothing else changes in the NHS, will be significant unmet need and threats to the quality of care.

Médecine de groupe
Group practice

53010

RAPPORT, INTERNET

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

L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 - 2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Nantes : ORS : 2013 : 8p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2013_4_exercicegroupe_Panel2MGpdl.pdf

Dans les Pays de la Loire, 67 % des médecins généralistes sont installés en groupe, taux qui atteint 88 % chez les moins de 45 ans. L'enquête menée début 2011 auprès de 400 praticiens de la région permet d'estimer à 700 le nombre de cabinets de groupe de médecine générale. 80 % d'entre eux rassemblent deux à trois praticiens, et entre 150 et 180 sont des cabinets pluriprofessionnels. Le fait d'exercer en groupe influence les conditions d'exercice. La majorité des médecins en groupe partagent les dossiers patients avec leurs confrères du cabinet, disposent d'un secrétariat, exercent exclusivement sur rendez-vous. Ils organisent différemment leur temps de travail hebdomadaire, avec moins de jours de consultations que les médecins en cabinet individuel, pour un volume d'activité équivalent. L'exercice en groupe favorise l'accueil d'étudiants en médecine, le recours aux remplaçants et facilite les congés. Le regroupement ne diminue pas le temps consacré aux tâches de gestion et de comptabilité. Il n'influence pas non plus l'implication des médecins généralistes dans la permanence des soins, ni leur pratique d'autres activités médicales.

Maisons de santé
Medical home

52955

OUVRAGE

DEPINOY (D.)

Maisons de santé, une urgence citoyenne.

Paris : Editions de santé : 2013 : 116p.

Cote Irdes : A4437

http://www.editionsdesante.fr/product.php?id_product=371

Le système de santé est en plein changement et les défis liés aux évolutions démographiques, comportementales, épidémiologiques et des pratiques médicales imposent une nouvelle organisation. La structuration du premier niveau des soins – appelé le premier recours – peut apporter des résultats concrets rapides en matière de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité du service rendu et d'efficacité. S'attacher de manière volontariste à soutenir l'émergence des modes d'exercice pluriprofessionnels et regroupés peut permettre de relever les enjeux majeurs de notre système de santé.

Performance
Performance

52957

DOCUMENT DE TRAVAIL

KALINICHENKO (O.), AMADO (C.A.F.), SANTOS (S.P.)

University of Algarve. Faculty of Economics. Evora. PR, Center for Advanced Studies in Management and Economics. Evora. PRT

Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review

Evaluation de la performance des soins de santé primaire : une revue systématique de la littérature.

Working Paper; 2013/03

Evora : University of Algarve : 2013 : 17p., fig., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://ideas.repec.org/p/cfe/wpcefa/2013_03.html

The aim of this research is to carry out a systematic literature review of the studies devoted to the performance assessment of primary health care providers. Focusing on the peculiarities of performance evaluation in the public sector, it analyses the selected empirical papers in terms of the efficacy of the developed measurement schemes. We also examine and classify performance measurement categories, dimensions, and techniques in order to provide a holistic picture of the main developments in the referred domain and to identify directions for future research.

Pratique médicale Medical practice

53382

RAPPORT, INTERNET
THORLBY (R.)

The Nuffield Trust. Londres. GBR

Reclaiming a population health perspective: future challenges for primary care

Reconquérir une perspective en matière de santé pour la population : les défis à venir pour les soins de santé primaires

Londres : The Nuffield Trust : 2013/04 : 24p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130425_reclaiming-a-population-health-perspective.pdf

The report examines the arguments for encouraging and enabling general practices to take a much more proactive role in improving the health and wellbeing of their local populations, as well as their individual patients. It also draws on analysis of routine data from a notional general practice of 10,000 patients and a series of interviews conducted with GPs and practice managers who are participating in the NAPC's newly-established Practice Innovation Network, which brings together staff from GP practices to develop and test out new approaches to population health management.

52951

OUVRAGE

LEFEVE (C.) / dir., BARROUX (G.) / dir.

La clinique : usages et valeurs. Approches plurielles pour comprendre l'évolution de la médecine.

Paris : Seli Arslan : 2013 : 187p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4435

Pratique du médecin au lit du malade, la clinique est à l'origine de l'histoire de la médecine. Rencontre avec le patient, examen de son corps, recherche du diagnostic et temps de la thérapeutique, elle en demeure le coeur, tout en se transformant au fil de l'évolution des sciences et des techniques, de la société et des politiques de santé publique. Les auteurs étudient ces transformations en cherchant à comprendre le devenir de la médecine, à relire et interroger l'histoire des pratiques et des pensées médicales. L'histoire de la clinique est au centre de la première partie de l'ouvrage. La jonction des âges classique et moderne, période de renaissance de la clinique, permet d'éclairer les fondements et les mutations de la médecine contemporaine. Les enjeux éthiques actuels de la clinique sont abordés dans la partie suivante. L'accent est mis sur l'importance de l'attention à la situation singulière des patients, sur les usages des récits des patients et sur la formation à l'éthique des étudiants en médecine. La dernière partie esquisse une anthropologie des pratiques cliniques contemporaines à travers deux études de terrain. Elles révèlent les difficultés à créer des espaces et des relations de soin favorisant un accompagnement individualisé et durable des personnes malades. En croisant les regards des disciplines historique, philosophique, anthropologique et médicale, ce livre reflète les moments de crises de la médecine et le besoin de penser les tensions entre savoirs, innovations, enseignement et pratique quotidienne. Il fait apparaître la diversité des usages de la clinique, selon les lieux, les pathologies, les spécialités. et la multiplicité de ses renaissances, jusqu'à ses transformations épistémologiques et éthiques actuelles. Il s'adresse aux praticiens et aux acteurs du champ de la santé désireux de mettre en oeuvre des pratiques plus réflexives (4e de couverture).

Qualité des soins Quality of care

53458

RAPPORT

WONG (S.T.), HAGGERTY (J.)

University of British Columbia. Centre for Health Services and Policy Research. (C.H.S.P.R.). Vancouver. CAN

Measuring Patient Experiences in Primary Health Care: A review and classification of items and scales used in publicly-available questionnaires.

Evaluer le ressenti des patients vis à vis des soins de santé primaire : une revue et un classement des items et échelles utilisés dans des questionnaires rendus publics.

Vancouver : Centre for Health Services and Policy Research : 2013 : 31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://chspr.ubc.ca/sites/default/files/publication_files/Patient%20experiences%20in%20PHC%202013.pdf

Cette étude identifie les éléments et les indicateurs qui pourraient être utilisés dans la conception d'un sondage de base sur l'expérience des patients au Canada. La revue offre un aperçu de 17 instruments disponibles publiquement pour mesurer l'expérience des patients en matière de soins de santé primaires.

Rémunération Payment

53345

INTERNET, DOSSIER DE PRESSE

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

Rémunération sur objectifs de santé publique. Une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins.

Paris : CNAMTS : 2013/05 : 25p., annexes, cartes, tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_1_an_11042013_VDEF3.pdf

Mise en place depuis le 1er janvier 2012, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins - Assurance Maladie signée en juillet 2011 pour 5 ans, concerne aujourd'hui tous les médecins libéraux. La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'Assurance Maladie. Cette rémunération sur objectifs de santé publique est entrée en vigueur en 2012 et les premières rémunérations afférentes ont été versées aux médecins concernés à partir du 8 avril 2013. Cette première année d'exercice permet donc de dresser un bilan annuel et, à partir de cette photographie de la situation à fin 2012, de hiérarchiser les priorités, construire le plan d'action et mesurer, demain, les mouvements qui continueront de s'opérer (Tiré de l'introduction).

Réseaux de santé Health networks

53008

NOTE

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

Matrices de maturité en soins primaires. Note de synthèse.

Saint-Denis : HAS : 2012/12 : 45p., fig., annexes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf

Les maisons, pôles et centres de santé se développent en France autour de la notion d'équipe de soins de premier recours, notamment depuis ces 5 dernières années. Dans ce cadre, les réseaux de santé se repositionnent comme appui à ces initiatives. L'enjeu est de créer les conditions favorables, sur un territoire de santé, pour assurer aux patients une prise en charge coordonnée, globale, continue et conforme aux données de la science. Toutefois, la structuration de ces initiatives est encore hétérogène comme l'illustrent les expérimentations dites « article 70 » dont la Haute Autorité de santé (HAS) est responsable de l'évaluation. Elle se heurte en effet à plusieurs difficultés : le manque de temps et d'expertise des promoteurs, l'absence de cahier des

charges opérationnel... Pour y faire face, les Agences Régionales de santé (ARS) et les professionnels, à travers les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ou encore l'Union nationale des réseaux de santé (UNR.santé), multiplient les démarches d'accompagnement et d'analyse sur le terrain. Dans ce cadre, certains d'entre eux développent des supports, notamment des matrices de maturité (FFMPS, URPS). À leur demande et à celle du ministère de la santé, la HAS envisage d'élaborer plusieurs supports validés : un tableau de bord de suivi des interventions envisagées dans le cadre de réseaux de santé à partir du travail réalisé pour l'évaluation des expérimentations « article 70 » ; une matrice de maturité ; des indicateurs de pratique clinique. La présente note de travail a vocation à servir de base à l'élaboration d'une matrice de maturité. Elle propose pour cela : un état des lieux des matrices de maturité relatives aux regroupements pluridisciplinaires en soins primaires ; une méthode d'élaboration ; des données de cadrage (dimensions et éléments de caractérisation des niveaux de progrès) issues d'une analyse de la littérature et des matrices de maturité existantes (Résumé de l'éditeur).

Hôpital / Hospital

Cliniques privées

Clinics

53195

OUVRAGE

BARTOLI (F.), DESTAIS (N.), YENI (I.), DE BEAUCHAMP (H.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris.
FRA

Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins.

Paris : IGAS : 2012 : 184p.

Cote Irdes : C, B7149

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000582/index.shtml>

L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme d'activité 2011-2012, une mission d'évaluation relative aux cliniques privées commerciales. Le présent rapport s'organise autour de quatre parties : le rôle de ce secteur dans l'offre de soins et sa situation financière ; l'évolution de sa structure capitalistique et des stratégies immobilières ; les stratégies mises en oeuvre dans l'exploitation des établissements ; les enjeux pour le régulateur.

Etudes d'ensemble

Global studies

53567

RAPPORT

AUBERTIN (A.), LEPINE (C.), COSTE (P.), et al.
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris.
FRA

L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales.

Paris : La Documentation française : 2013 : 296p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, A4430

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107/index.shtml>

Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de focaliser l'ana-

lyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Financement

Financing

52981

DOCUMENT DE TRAVAIL

DRANOVE (D.), GARTHWAITE (C.), ODY (C.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

How do Hospitals Respond to Negative Financial Shocks? The Impact of the 2008 Stock Market Crash.

Comment les hôpitaux réagissent-ils aux crises financières ? L'impact de la crise boursière de 2008.

NBER Working Paper series : 18853

Cambridge : NBER : 2013/02 : 51p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://papers.nber.org/papers/w18853>

The theory of cost-shifting posits that nonprofit hospitals respond to negative financial shocks by raising prices for privately insured patients. We examine how hospitals responded to the sharp reductions in their endowments caused by the 2008 stock market collapse. We find that the average hospital did not engage in cost-shifting, but average hospitals that likely have substantial market power did cost-shift. Investigating further how hospitals responded to the

financial setback, we found no evidence of reductions in treatment costs. However, hospitals with large endowment losses delayed purchases of health information technology and curtailed the offering of unprofitable services.

Gestion hospitalière Hospital management

53356

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

Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries.

*Gestion des volumes hospitaliers : le cas de
l'Allemagne et expériences d'autres pays de
l'OCDE.*

Paris : OCDE : 2013/05 : 79p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
http://www.oecd.org/els/health-systems/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf

To help inform the Conference on Managing Hospital Volumes, co-organised by the German Federal Ministry of Health and the OECD, to be held on the 11th April 2013 in Berlin, the OECD Secretariat has produced a paper to provide an international perspective on Germany's situation and the current policy debate. The paper begins by comparing the structure of the hospital sector in Germany and its level of volumes with other OECD countries. It then provides a general background on how hospitals are financed in Germany. Finally, it provides some observations on the operation of the German hospital system from an international perspective, with a view to highlighting potential areas of discussion for policy makers.

53347

RAPPORT, INTERNET
COMBES MICHAUD (E.), BAUD (C.), BIRON (N.), et al.
Agence Nationale d'Appui à la Performance des
établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.).
Paris. FRA

Gestion des lits : retours d'expérience.

Paris : ANAP : 2013 : 54p.

Cote Irdes : C, En ligne
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/01-ANAP/rapport_activite/ANAP_RA_2012.pdf

La gestion des lits dans les établissements de santé pose le problème de la gestion opérationnelle des flux de patient, faisant cohabiter des flux programmés et non programmés. Ce guide expose six projets d'amélioration de la gestion des lits, menés dans des établissements de médecine chirurgie obstétrique, sur une période de six mois, dans le cadre des Projets Performance de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance). Les actions menées par ces établissements sont variées et offrent des perspectives à ceux qui souhaitent s'engager dans une démarche similaire. La gestion des lits dans les établissements de santé pose le problème de la gestion opérationnelle des flux de patients, faisant cohabiter des flux programmés et non-programmés. Elle nécessite la mise en place d'une gestion prévisionnelle des activités, et mène à une démarche de mise en adéquation des ressources aux activités. Ce guide expose 6 projets d'amélioration de la gestion des lits, menés dans des établissements de médecine-chirurgie-obstétrique, sur une période de 6 mois, dans le cadre des Projets performance de l'ANAP : leurs objectifs, les moyens mis en oeuvre, les outils utilisés, les gains obtenus et les retours d'expérience. Leur approche est variée et offre des perspectives aux établissements qui souhaitent s'engager dans la démarche : fluidification du parcours patient de l'admission à la sortie, mise en place d'une cellule de gestion centralisée des lits, amélioration de l'adéquation du type d'hébergement à l'activité et optimisation des ressources existantes pour permettre un ajustement des capacités à l'activité (Résumé d'éditeur).

Listes d'attente
Waiting lists

53020

OUVRAGE

SICILIANI (L.) /éd., BOROWITZ (M.) / éd., MORAN (V.) / éd.

Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?

Politiques des délais d'attente dans le secteur de la santé : qu'est-ce qui fonctionne ?

Paris : OCDE : 2013 : 323p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

The book first provides a framework to understand the role of waiting times in health systems. It then discusses variation and best practice in defining and measuring waiting times across OECD countries. The book summarises and discusses the effectiveness of the most common policies to address long waiting times in 13 OECD countries; It also provides detailed country case studies respectively in Australia, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Italy, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, and the United Kingdom. It describes current policy developments and assesses the effectiveness of policies in the last ten years

Réformes
Reforms

52896

RAPPORT, INTERNET

COUTY (E.), SCOTTON (C.)

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013/03 : 76p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers>

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse

des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intégreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients.

52899

RAPPORT, INTERNET

CAVALIER (M.), DOLLARD (J.M.), DUPONT (B.), MAURY (F.)

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013/01 : 43p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_3.pdf

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.

52898

RAPPORT, INTERNET

TOUPILLIER (D.), GUILLOT (J.P.), OLLVIER (R.), VERRIER (B.)

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013/01 : 121p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_2-3.pdf

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines.

52897

RAPPORT, INTERNET

DEVICTOR (B.), DUBOSQ (C.), FENOLL (B.), CASTEL (P.)
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013/02 : 143p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.htm>

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le service public hospitalier.

Restructuration hospitalière
Hospital merger

53361

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

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

Hospital Mergers: A Spatial Competition Approach

Les fusions hospitalières : une approche spatiale de la concurrence.

Working Paper Series ; 04/2013

Braga : NIPE : 2013 : 38p., tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/docs/2013/NIPE_WP_04_2013.pdf

Using a spatial competition framework with three ex ante identical hospitals, we study the effects of a hospital merger on quality, price and welfare. The merging hospitals always reduce quality, but the non-merging hospital responds by reducing quality if prices are fixed and increasing quality if not. The merging hospitals increase prices if demand responsiveness to quality is sufficiently low, whereas the non-merging hospital always increases its price. If prices are endogenous, a merger leads to higher average prices and quality in the market. A merger is harmful for total patient utility but can improve social welfare under price competition.

Tarification hospitalière
Hospital payment system

53325

DOCUMENT DE TRAVAIL

OR (Z.), BONASTRE (J.), JOURNEAU (F.), NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A.

Production, Productivity and Care Quality in French Hospitals Before and After the Introduction of Activity Based Payment.

Document de travail Irdes ; 56

Paris : Irdes : 2013/04 : 76p.

Cote Irdes : DT56

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>

La tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004-2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés, avait pour but d'améliorer l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier. Or le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité et de la productivité hospitalière reste à ce jour partiel. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant d'apprécier les effets de la réforme de la T2A sur

l'activité, la productivité et la qualité des soins hospitaliers. Au moyen d'une série d'indicateurs estimés annuellement sur la période 2002-2009, Elle tente de répondre aux questions suivantes : produit-on plus ou moins pour chaque euro dépensé pour l'hôpital depuis l'introduction de la T2A ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ? (Résumé d'auteur).

53265

OUVRAGE

CASH (R.), Aoustin (M.)

Tarifification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour : mécanismes, stratégie et perspectives.

Paris : Infodium Editions : 2013 : 269p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4446

Le modèle de financement par la tarification à l'activité mis en place ces dernières années a eu un impact retentissant sur la gestion des établissements de santé. Acteur de premier plan de cette réforme, l'auteur en explique les fondements et en décrit les éléments de façon détaillée puis aborde les questions concrètes et stratégiques rencontrées par les responsables hospitaliers. Une approche transversale qui permet également d'aborder les débats relatifs à ce mode de financement et ses perspectives.

53024

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CASTONGUAY (J.)

Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations. (C.I.R.A.N.O.). Montréal. CAN

Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux.

Montréal : CIRANO : 2013 : 176p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-06.pdf>

Cet document compare les réformes de santé au sein de six gouvernements afin de déterminer s'il existe des mécanismes de gouvernance, en particulier de rémunération des hôpitaux, qui incitent à une plus grande productivité. Elle fait ressortir les différences avec le système québécois et propose des changements à apporter pour l'améliorer.

Thérapies complémentaires
Complementary medicine

52900

RAPPORT, INTERNET

BONTOUX (D.), COUTURIER (D.), MENKES (C.J.)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

Thérapies complémentaires- acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins.

Paris : Académie nationale de médecine : 2012 : 31p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.academie-medecine.fr/Upload/4.rapport%20Th%C3%A9rapies%20compl%C3%A9mentaires1.pdf>

L'insertion des thérapies complémentaires dans les soins dispensés par les hôpitaux, notamment les CHU (Centres hospitaliers universitaires), semble présenter un réel intérêt si elle est comprise non comme une reconnaissance et une valorisation de ces méthodes, mais comme un moyen de préciser leurs effets, de clarifier leurs indications et d'établir de bonnes règles pour leur utilisation. Elle est à l'origine de ce rapport qui a pour propos :- de faire le point 1) sur les connaissances scientifiques relatives à ces techniques, leur efficacité au regard de la médecine fondée sur les preuves, et leurs dangers éventuels ; 2) sur la formation et les conditions d'exercice de ceux qui les pratiquent et 3) sur l'état présent de leur utilisation dans les hôpitaux et centres d'oncologie ;- de faire des recommandations propres à contenir au mieux le recours aux thérapies complémentaires dans un usage raisonnable et à conforter les hôpitaux dans la fonction d'expérimentation et d'évaluation qui doit rester principalement la leur (Tiré de l'introduction).

Professions de santé / Health professions

Médecins territoriaux Territorial physicians

53348

RAPPORT, INTERNET

MICHEL (C.) / rapp., LEROY (D.) / rapp., PIROT (D.) / rapp.
Ministère de l'Intérieur. Conseil Supérieur de la Fonction
Publique Territoriale. (C.S.F.P.T.). Paris. FRA

Rapport du groupe de travail médecins territoriaux.

Paris CSFPT : 2013 : 51p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.csfpt.org/s/042013/25041310161727Rapportgroupemedecins.pdf>

Ce rapport est le résultat des réflexions d'un groupe de travail qui a cherché à analyser les éléments pouvant expliquer la pénurie de médecins territoriaux. Il est apparu nécessaire et urgent de procéder à ce travail afin que des mesures soient prises pour rendre cette profession plus attractive et en faciliter l'accès, tout en permettant un déroulement de carrière serein et adapté. Les médecins doivent pouvoir exercer leurs missions, dans de bonnes conditions matérielles et en toute indépendance.

Médicaments / Pharmaceuticals

Dispositifs médicaux Medical devices

53267

RAPPORT

MARTIMORT (D.), POUYET (J.)

Altermind. Paris. FRA

L'optique en France : étude économique.

Paris : Altermind : 2013 : 151p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://static.sensee.com/media/etude/Sensee-Etude-Economique-Optique.pdf>

Réalisée par deux professeurs de la Paris School of Economics, cette étude présente une analyse économique et concurrentielle inédite du secteur de l'optique en France. Ce marché incroyablement dynamique, estimé à 5,7 milliards d'euros en 2011, ne cesse de croître dans un contexte post-crise terne, ce qui a de quoi intriguer l'économiste. Le constat : trois quarts des Français porteurs de lunettes estiment qu'elles sont vendues à des prix déraisonnables. Et ils n'ont pas tort car elles sont effectivement parmi les plus chères d'Europe. L'analyse économique montre que le secteur de l'optique pourrait bien souffrir de sérieux dysfonctionnements concurrentiels. L'ensemble de la chaîne de production du secteur est particulièrement concentrée, que ce soit en amont pour la fabrication de verre (un ultra-dominant sur le marché français) ou en aval avec moins d'une dizaine de groupes concentrant l'essentiel de la distribution au détail. Le nouveau canal de distribution en ligne, dynamique en Allemagne, en Suède, outre-Manche et outre-Atlantique, ne parvient pas à prendre son essor en France. Les auteurs pointent le nombre particulièrement élevé de distributeurs en France par rapport à ses voisins européens, signe de rentes « supra-concurrentielles », et les prix à la vente d'une opacité redoutable. En conclusion, leurs calculs montrent qu'à condition de vente équivalente à nos principaux voisins européens, les Français économiseraient 1,5 milliard d'euros en moyenne par an. Les deux professeurs interpellent les pouvoirs publics et le citoyen : « Peut-on continuer à payer des biens très largement au-dessus de leur valeur au profit de quelques-uns et au détriment du pouvoir

d'achat », alors que les comptes publics et les budgets des ménages sont au plus serré.

Etudes d'ensemble Global studies

52758

RAPPORT, INTERNET

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

Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2012.

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services : 2012 : 89p., tabl., graph., index

Cote Irdes : BcB7145

Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement, exportations et importations, marché intérieur et mondial), au médicament et au secteur de la santé (prix, consommation, environnement économique, système de santé et remboursements, comparaison internationale des systèmes de santé, données générales sur la santé).

Médicaments génériques Generic drugs

52135

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. (A.N.S.M.). Saint-Denis. FRA

Les médicaments génériques : des médicaments à part entière.

St Denis : ANSM : 2012/12 : 67p., tab., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ansm.sante.fr/content/download/45165/585839/>

[version/2/file/Ansm_Rapport-Generiques_Decembre2012-v2.pdf](#)

Ce rapport a pour objectif de faire le point sur la réglementation des médicaments génériques, de rappeler leurs critères d'autorisation et d'établir un état des lieux des actions de l'Agence relatives à l'évaluation des médicaments génériques et à leur suivi en termes d'inspection, de contrôle et de pharmacovigilance. Il apporte à tous les acteurs une information de référence, afin de répondre à leurs principales questions et réticences concernant les médicaments génériques.

Innovation médicale

Medical innovation

53434

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
BREKKE (K.R.), DALEN (S.M.), HOLMAS (T.H.)
Norwegian Business School. Department of Economics.
Bergen. NOR

Diffusion of Pharmaceuticals: Cross-Country Evidence of Anti-TNF drugs. *Diffusion des médicaments : évidence à partir des médicaments soignant les maladies autoimmunes (étude multinationale).*

Bergen : Norwegian Business School : 2013 : 35p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.nhh.no/Files/Filer/institutter/sam/Discussion%20papers/2013/07.pdf>

This paper studies the diffusion of biopharmaceuticals across European countries, focusing on anti-TNF drugs, which are used to treat autoimmune diseases (e.g., rheumatism, psoriasis). We use detailed sales information on the three brands Remicade, Enbrel and Humira for nine European countries covering the period from the first launch in 2000 until becoming blockbusters in 2009. Descriptive statistics reveal large variations across countries in per-capita consumption and price levels both overall and at brand level. We explore potential sources for the cross-country consumption differences by estimating several multivariate regression models. Our results show that large parts of the cross-country variation are explained by time-invariant country-specific factors (e.g., disease prevalence, de-

mographics, health care system). We also find that differences in income (GDP per capita) and health spending (share of GDP) explain the cross-country variation in consumption, while relative price differences seem to have limited impact.

52660

RAPPORT
LEWINER (J.), LE PAPE (J.), RIGARD-CERISON (A.), CROQ (A.), TEILLANT (A.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département Développement Durable. Paris. FRA

Le dispositif médical innovant. Attractivité de la France et développement de la filière.

Paris : CAS : 2013/02 : 134p., tabl.

Cote Irdes : A4432
http://www.strategie.gouv.fr/system/files/18_dispositifs_medicaux_final_web_1.pdf

Avec un marché mondial de plus de 200 milliards d'euros et 6% de croissance annuelle, l'innovation médicale est devenue un secteur très porteur dans l'industrie de l'innovation. Qu'il s'agisse du processus d'innovation, des savoirs requis, des évaluations cliniques ou des règles de sécurité sanitaire, cette filière française des dispositifs médicaux mérite d'être encouragée par les pouvoirs publics. Les pistes proposées concernent à la fois le soutien à la recherche, la formation des personnels, le financement des entreprises innovantes et la nécessaire clarification du parcours réglementaire.

Médicaments hospitaliers

Hospital drugs

53276

INTERNET, RAPPORT
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA

Médicaments « atypiques » ou coûteux dispensés au bénéfice de patients hospitalisés en SSR. Enquête nationale 2011

Lyon : ATIH : 2013 : 23p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009C00006FF>

Ce rapport a pour objet de restituer les résultats de l'enquête nationale « médicaments SSR 2010 » conduite en 2011 par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), en lien avec la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) et les ARS Agences Régionales de santé, auprès des établissements de santé. L'objectif visé par l'enquête était de constituer une base de connaissance sur les médicaments d'utilisation atypique ou coûteux en SSR Soins de suite et de réadaptation). Le rapport rappelle la méthodologie de l'enquête et précise les modalités de traitement des données. Les résultats agrégés au niveau national sont ensuite présentés. La discussion a pour objet d'éclairer certains de ces résultats.

Politique du médicament

Drugs policy

53409
FASCICULE
Collectif Interassociatif Sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

Les enjeux du médicament.

Paris : CISS : 2013/01 : 19p.
REGARDS CROISES SUR LA SANTE : 2013 : n°7 ; 19p.
Cote Irdes : B7153
http://www.lecissbretagne.org/IMG/pdf/130124_RCS-7_EnjeuxMedicament.pdf

Dans ce numéro de Regards croisés sur la santé, chaque personne interviewée apporte un éclairage particulier sur la diversité des questions que nous nous posons face à cinq principaux enjeux du médicament qui semblent aujourd'hui prioritaires du point de vue des malades. Ces enjeux reprennent pour la plupart les idées fortes, peut-être parfois aussi les idées reçues, qui traversent l'opinion publique : le nombre excessif de médicaments sur le marché français, la lisibilité de l'information sur le médicament et la visibilité de la pharmacovigilance, les questionnements sur les génériques, l'encadrement des prescriptions « hors autorisation de mise sur le marché » dans le cadre des nouvelles « recommandations temporaires d'utilisation », la politique de fixation des prix des médicaments (Résumé d'auteur).

Pharmacoéconomie

Pharmacoeconomy

52940
DOCUMENT DE TRAVAIL
KREMER (M.), SNYDER (C.M.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

When Is Prevention More Profitable than Cure? The Impact of Time-Varying Consumer Heterogeneity.

*Quand vaut-il mieux prévenir que guérir ?
L'impact de la variation dans le temps de
l'hétérogénéité du consommateur.*

NBER Working Paper series : 18862
Cambridge : NBER : 2013/03 : 43p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : c, en ligne
<http://papers.nber.org/papers/w18862>

This paper argues that in pharmaceutical markets, variation in the arrival time of consumer heterogeneity creates differences between a producer's ability to extract consumer surplus with preventives and treatments, potentially distorting R&D decisions. If consumers vary only in disease risk, revenue from treatments—sold after the disease is contracted, when disease risk is no longer a source of private information—always exceeds revenue from preventives. The revenue ratio can be arbitrarily high for sufficiently skewed distributions of disease risk. Under some circumstances, heterogeneity in harm from a disease, learned after a disease is contracted, can lead revenue from a treatment to exceed revenue from a preventative. Calibrations suggest that skewness in the U.S. distribution of HIV risk would lead firms to earn only half the revenue from a vaccine as from a drug. Empirical tests are consistent with the predictions of the model that vaccines are less likely to be developed for diseases with substantial disease-risk heterogeneity.

Technologies médicales / Medical technologies

Télémédecine Telemedicine

53577

RAPPORT, INTERNET
ZAMORA (B.)

European Commission. Joint Research Centre. Institute for Prospective Technological Studies. Séville. ESP

Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2. Impact Assessment Final Report.

Suivi de l'intelligence stratégique en matière de systèmes de santé personnel, phase 2. Rapport final sur l'évaluation d'impact.

Scientific and Technical Research series

Luxembourg: Publications Office of the European Union :
2012 : 44p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<ftp://ftp.jrc.es/pub/EURdoc/JRC71183.pdf>

This report aims to assess the economic impacts of deployment of eHealth technologies in the EU through projections of Member State eHealth expenditures (i.e. on telehealth and telecare, savings in hospitalisation costs, decrease in mortality, and other health care costs).

53287

RAPPORT, INTERNET

LAURENT (P.), SCHROEDER (J.B.)

Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.). Courbevoie. FRA, Syntec Numérique. Paris. FRA

Télémédecine 2020 : modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques.

Courbevoie : Snitem : 2012 : 64p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.wk-pharma.fr/actualites/upload/pharmacie/pharmacie_actu65189_Livre_Blanc_TLM_Syntec_Snitem_2013.pdf

Les industriels du matériel médical, réunis au sein du Snitem, et les entreprises du numérique, représentées par le Syntec Numérique, ont présenté hier un Livre blanc sur la télémédecine focalisé sur le suivi des pathologies chroniques (diabète, bronchite

chronique, insuffisance cardiaque, etc.). Maintenant que les technologies existent et que le cadre réglementaire a été éclairci, les industriels demandent aux autorités de santé certaines garanties afin de sortir du stade expérimental actuel et de commencer des opérations pilotes de plus grande envergure. En s'appuyant sur des expériences étrangères, les auteurs du Livre blanc esquissent cinq scénarios de prise en charge, qui supposent des évolutions plus ou moins importantes. Dans tous les cas, ces programmes aboutissent à une amélioration du confort de vie des patients et une baisse du nombre d'hospitalisations. De plus, des réductions de coûts sont constatées grâce à une moindre consommation des ressources hospitalières.

Systèmes de santé étrangers / Foreign health systems

Allemagne Germany

53012

RAPPORT

OBERMANN (K.) /éd., MULLER (P.) / éd., MULLER (H.H.) / éd., et al.

Heidelberg University. Mannheim Institute of Public Health. (M.I.P.H.). Mannheim. DEU

Understanding the German Health Care System

Comprendre le système de santé allemand.

Mannheim : Mannheim Institute of Public Health. : 2013 : ix-280p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf

This booklet provides graphical presentations that would give a quick overview and pointed towards major distinguishing elements of the German health system.

Danemark Denmark

53433

RAPPORT, INTERNET

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

OECD Reviews of Health Systems: Denmark.

Examens des systèmes de santé par l'OCDE : Danemark.

Paris : OCDE : 2013/04 : 183p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne (payant)

This report is the third of a new series of publications reviewing the quality of health care. Among OECD countries, Denmark has led the way in monitoring and policy development for quality of care. As several sophisticated quality assurance mechanisms have been implemented over several decades, par-

ticularly in the secondary care sector, the next priority for Denmark is to ensure overarching linkages across institutions. Efforts ought especially to focus on creating a unified vision, and extending quality monitoring and improvement initiatives to primary care, particularly in light of the increasing number of people living with multiple chronic conditions and needing good continuity of care in the community sector. Another important area will be to support the hospital specialisation reform by encouraging inter-hospital comparisons based on quality.

Etats-Unis United States

53573

INTERNET, RAPPORT

YOCOM (C.L.)

United States General Accounting Office. (G.A.O.). Washington WA. USA

Medicaid : Alternative Measures Could Be Used to Allocate Funding More Equitably *Medicaid : des mesures alternatives pourraient être utilisées pour assurer l'équité en matière de financement.*

Washington : GAO : 2013 : 32p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/assets/660/654477.pdf>

Medicaid is the largest federal program assisting states in financing medical and health-related services for certain low-income individuals. States and the federal government share in the financing of the Medicaid program, with the federal government matching most state expenditures for Medicaid services on the basis of a statutory formula known as the FMAP, which is based solely on state PCI in relation to national PCI. Prior GAO work has raised concerns about the FMAP, noting that PCI does not accurately represent states' populations in need of Medicaid services or states' ability to finance services, and does not account for geographic cost differences among states. GAO was asked to examine ways to improve the allocation of Medicaid funding.

Europe
Europe

53442

OUVRAGE

PAPANICOLAS (I.) / éd., SMITH (P.C.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research.

Etude comparée sur la performance des systèmes de santé : un programme pour la politique, l'information et la recherche.

Berkshire : Open University Press : 2013 : XV + 384p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A4456

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/162568/e96456.pdf

<http://mcgraw-hill.co.uk/html/0335247261.html>

International comparison of health system performance has become increasingly popular, made possible by the rapidly expanding availability of health data. It has become one of the most important levers for prompting health system reform. Yet, as the demand for transparency and accountability in health-care increases, so too does the need to compare data from different health systems both accurately and meaningfully. This timely and authoritative book offers an important summary of the current developments in health system performance comparison. It summarises the current state of efforts to compare systems, and identifies and explores the practical and conceptual challenges that occur. It discusses data and methodological challenges, as well as broader issues such as the interface between evidence and practice. The book draws out the priorities for future work on performance comparison, in the development of data sources and measurement instruments, analytic methodology, and assessment of evidence on performance. It concludes by presenting the key lessons and future priorities, and in doing so offers a rich source of material for policy-makers, their analytic advisors, international agencies, academics and students of health systems (Résumé de l'éditeur).

52943

RAPPORT

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

The European health report 2012: Charting the way to well-being.

Rapport sur la santé en Europe 2012 : tracer la route au bien-être.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013 : 162p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012.-FULL-REPORT-w-cover.pdf

Investing in health and health systems is especially important during times of crisis, such as the severe economic crisis and pandemic (H1N1) 2009 influenza. To address these issues, governments and policy-makers need information that is current, accurate, comparable and user-friendly. What were the trends in public health indicators over the last four years? What factors influence health, and what are the challenges for the future? What contribution can health systems make to improve population health in the WHO European Region? In addressing these questions, this report illustrates the wide-ranging reforms countries have undertaken to strengthen performance in four core functions of health systems: service delivery, resource generation, financing and stewardship. This report presents essential public health information to support countries in choosing sound investments in health. It should encourage the successful implementation of effective health system reforms and policies, and help countries improve their health systems' performance to provide efficient, patient-centred, high-quality health care. The annex provides some of the data used in the analysis (Résumé de l'éditeur).

Maghreb
Maghreb

53281

RAPPORT

CHAOUI (F.), LEGROS (M.), ACHOUR (N.), et al.
Institut de Prospective Economique du Monde
Méditerranéen. (I.P.E.M.E.D.). Paris. FRA

***Les systèmes de santé en Algérie, Maroc
et Tunisie. Défis nationaux et enjeux
partagés.***

Paris : IPEMED : 2012 : 116p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ipemed.coop/admin/ipemed/media/fich/article/1336128563_LesNotesIPEMED_13_Sante_avril2012.pdf

Dans le cadre de ses études sectorielles socioéconomiques, l'Institut de prospective économique du monde méditerranéen (IPEMED) a organisé un travail de réflexion sur l'état actuel et le devenir des systèmes de santé au Maghreb, qui a donné lieu au présent rapport. Ce travail a été effectué par des experts maghrébins, sous la coordination des professeurs Farid Chaoui et Michel Legros. Il concerne les politiques de santé publique mises en place dans ces pays depuis leurs indépendances, avec le souci d'établir un état des lieux, de définir les besoins de santé actuels et les défis des dix prochaines années. Il s'agit, également, de dégager des idées susceptibles de constituer des solutions aux problèmes actuels et à venir, et des coopérations entre les pays du Maghreb mais également avec les pays de la rive nord de la Méditerranée (Résumé de l'éditeur).

Pays-Bas
The Netherlands

53423

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

VAN EWIJK (C.), VAN DER HORST (A.), BESSELING (P.)
Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.).
La Hague. NLD

The future of health care.
L'avenir des soins de santé

CPB Policy Brief; 2013/03

La Hague : CPB : 2013 : 18p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-policy-brief-2013-03-future-health-care.pdf>

The Netherlands knows two standard packages of uniform health care insurance for all its citizens: the Health Insurance Act (Zvw) for curative care and the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) for long-term care. The quality and accessibility of Dutch health care are high, according to international standards, among other things because of the application of advanced but also more expensive medical technology, as well as the increasing numbers of well informed citizens who know where to go for which type of care. The likely continuation of this trend will also see a continuation of the current debate on the sustainability of the care system. This study offers a framework for thinking on the future health care system. This framework consists of four different worlds along two fundamental dimensions: those of care solidarity and risk solidarity. Care solidarity concerns the health care itself and the consideration between systems with uniformly and publicly organised health care on the one side and those that offer more differentiated and personalised care on the other. The considerations for risk solidarity relate to the desire to insure the risks and the necessity of personal financial contributions to reduce any excessive use of health care. The core issue, here, is that of the large societal value of health insurance combined with the increasing demand for freedom of choice and personal management.

Union européenne
European union

53278

OUVRAGE

JAKUBOWSKI (E.) / éd., SALTMAN (R.B.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève.
CHE, Observatoire Européen des Systèmes et des
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

***The changing national role in health
system governance. A case-based study
of 11 European countries and Australia.***

*Gouvernance des systèmes de santé : un nouveau
rôle pour les pays. Une étude basée sur le cas de*

11 pays d'Europe et de l'Australie.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013 : xxii + 74p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/187206/e96845.pdf

Cette étude, réalisée dans 12 pays, fait le survol des changements récents intervenus dans le rôle des autorités publiques nationales par rapport à la gouvernance des systèmes de santé. Elle met l'accent à la fois sur les efforts visant à reconfigurer les responsabilités en matière de politique, de réglementation et de gestion de la santé, sur les priorités politiques qui en résultent, et sur l'impact initial de ces efforts. Cette redistribution des responsabilités ne va pas souvent dans le même sens : un certain nombre de pays ont centralisé certains aspects du processus décisionnel ou de la réglementation, mais en ont décentralisé d'autres. Cette étude passe en revue les grandes tendances, sur la base des cas nationaux, et évalue les évolutions possibles.

Prévision-évaluation / Prevision-evaluation

Politique publique Public policy

52964

DOCUMENT DE TRAVAIL

JUGNOT (S.)

Institut de Recherches Economiques et Sociales. (I.R.E.S.).
Noisy-le-Grand. FRA

L'évaluation sous tension méthodologique, idéologique et politique : l'exemple de l'évaluation des effets sur l'emploi des 35 heures.

Document de travail ; 02.2013

Noisy-le-Grand : IRES : 2013/02 : 32p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ires-fr.org/images/files/DocumentsTravail/DT022013/DdT02.2013.pdf>

Le présent document de travail propose d'utiliser l'exemple de la réforme des 35 heures pour illustrer les tensions possibles entre évaluation, injonctions politiques et hypothèses économiques. Le focus sera mis sur l'estimation des effets sur l'emploi même si d'autres aspects ont été étudiés, tant dans les différents travaux présentés que dans d'autres travaux, non évoqués ici. Cet exemple conduit à se demander dans quelle mesure les limites méthodologiques et les mots de l'évaluation n'ouvrent pas la porte à son instrumentalisation à des fins de communication politique. Il pose aussi la question de la responsabilité des chercheurs dans le maintien d'une sous-culture de l'évaluation au sein des administrations et des autorités politiques. Il pose aussi la question du positionnement institutionnel des évaluateurs dans le système institutionnel français qui donne une grande place aux experts d'Etat des corps de l'Insee et du système statistique public.

52664

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

Le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes. 3 tomes.

Paris : Cour des comptes : 2013/02 :

657p.+547p.+605p.+68p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000102/0000.pdf>

La Cour des comptes a rendu, le 12 février 2013, son rapport public annuel (RPA). Le premier tome comporte les observations et recommandations de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) sur des sujets traités en 2012. Dans le domaine de la santé, on retiendra la réforme qualifiée d'inaboutie du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, les restructurations hospitalières, avec trois illustrations des difficultés rencontrées, la lutte contre la maladie d'Alzheimer, une politique de santé publique à consolider, et enfin le RSA « activité », une prestation peu sollicitée à l'impact restreint, et dont les lacunes sont déjà bien identifiées. Le deuxième tome est consacré aux suites données par les institutions et organismes contrôlés aux observations et recommandations formulées les années précédentes. Dix ans après un précédent rapport portant sur la gestion du risque AT-MP (Accidents du Travail - Maladies Professionnelles), la Haute juridiction financière est revenue sur ce thème, analysant le rôle spécifique de la branche dans la prévention des risques professionnels. Autre sujet, les téléservices publics de santé. La Cour déplore une nouvelle fois des problèmes de gouvernance, l'absence particulièrement anormale de stratégie dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP) et souligne qu'il est à ce stade impossible d'évaluer l'efficacité du DMP, faute d'un volume suffisant de documents saisis dans les dossiers. Alors qu'elle constate « une forte dynamique » des téléservices, la Cour critique la complexité du pilotage assuré par l'Etat (pas moins de trois maîtrises d'ouvrage stratégiques), et un manque de concertation de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) avec les autres régimes dans la mise en oeuvre d'une plateforme de téléservices.

Méthodologie-statistique / Methodology-statistics

Big data Big data

53380

DOCUMENT DE TRAVAIL

EINAV (L.) , LEVIN (J.D.)

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

The Data Revolution and Economic Analysis.

La révolution des données et l'analyse économique.

NBER Working Paper Series ; 19035

Cambridge : NBER : 2013/05 : 28p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w19035>

Many believe that “big data” will transform business, government and other aspects of the economy. In this article we discuss how new data may impact economic policy and economic research. Large-scale administrative datasets and proprietary private sector data can greatly improve the way we measure, track and describe economic activity. They also can enable novel research designs that allow researchers to trace the consequences of different events or policies. We outline some of the challenges in accessing and making use of these data. We also consider whether the big data predictive modeling tools that have emerged in statistics and computer science may prove useful in economics.

Datamining Datamining

53334

OUVRAGE

TUFFERY (S.)

Data mining et statistique décisionnelle : l'intelligence des données.

Paris : Editions Technip : 2012 : 20p.+826p., index

Cote Irdes : Ug17

http://www.editionstechnip.com/f/tuffer_y_data_mining_statistique_1507.asp

Le data mining et la statistique sont de plus en plus répandus dans les entreprises et les organisations soucieuses d'extraire l'information pertinente de leurs bases de données, qu'elles peuvent utiliser pour expliquer et prévoir les phénomènes qui les concernent (risques, consommation, fidélisation...). Cette quatrième édition, actualisée et augmentée de 120 pages, fait le point sur le data mining, ses fondements théoriques, ses méthodes, ses outils et ses applications, qui vont du scoring jusqu'au web mining et au text mining. Nombre de ses outils appartiennent à l'analyse des données et la statistique “classique” (analyse factorielle, classification automatique, analyse discriminante, régression logistique, modèles linéaires généralisés, régression pénalisées...) mais certains sont plus spécifiques au data mining, comme les arbres de décision, les réseaux de neurones, les SVM (Support vectors machines), l'agrégation de modèles et la détection des règles d'associations. Ces outils sont disponibles dans des logiciels de plus en plus puissants et conviviaux, aptes à exécuter de nombreux algorithmes sur de grands volumes de données. Un chapitre de l'ouvrage aide le lecteur à se diriger dans cette offre logicielle et détaille les fonctionnalités des trois principaux logiciels : R, SAS, IBM et SPSS. Ces logiciels sont aussi utilisés pour illustrer par des exemples de nombreuses explications théoriques : une partie de 50 pages est consacrée à une étude de cas complète de credit scoring, qui va de l'exploration des données jusqu'à l'élaboration de la grille de score. Les aspects méthodologiques vont de la conduite des projets jusqu'aux facteurs de réussite et aux pièges à éviter, en passant par l'évaluation et la comparaison des modèles, leur intégration dans les processus opérationnels, sans oublier les contraintes juridiques dès que l'on traite des données à caractère personnel.

Enquêtes Surveys

53422

OUVRAGE , INTERNET
Eurostat. Luxembourg. LUX

The fade-away effect of initial nonresponse in panel surveys: Empirical results for EU-SILC.

La disparition de l'effet de non réponse initiale dans les enquêtes de panel : résultats empiriques issues de l'enquête EU-SILC.

Luxembourg : Publications Office of the European Union : 2013 : 29p., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-012/EN/KS-RA-13-012-EN.PDF

Dans une enquête de panel, les habitudes de participation lors des vagues les plus récentes est différente de celle au début du panel. Grâce aux données de registres administratifs qui fournissent aussi de l'information pour les non-répondants on peut observer un effet d'effacement des différences entre l'échantillon complet, y compris les non-répondants, et le sous-échantillon des répondants, sans les non-répondants. Cet effet peut être expliqué en utilisant un modèle de chaîne de Markov. Dans des conditions de régularité appropriées la distribution de l'espace d'états converge vers la distribution stable de la chaîne, qui est indépendante de sa distribution initiale. Par conséquent, l'effet d'effacement est considéré comme un effet d'oscillation amenant à l'état de distribution stable. Dans ce Working Paper ce phénomène est étudié avec des données EU-SILC finlandaises sur le revenu net des ménages. La rapidité de l'évolution vers l'état de distribution stable est également étudiée pour 25 pays de l'UE.

Méta analyse Meta analysis

52931

OUVRAGE, INTERNET
ST-AMAND (A.), SAINT-JACQUES (M.C.)

Comment faire? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances.

Québec : Université Laval : 2013 : 5p., fig

Cote Irdes : En ligne
http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/comment_faire_metaanalyse.pdf

Cet outil pédagogique s'adresse aux étudiants des 2e ou 3e cycles qui désirent se familiariser avec la méta-analyse en tant que méthode agrégative de synthèse des connaissances, soit dans l'optique de faciliter leur compréhension et leur lecture critique des publications rapportant les résultats d'une telle démarche, soit dans l'optique d'accroître les connaissances qui leur seront nécessaires pour entreprendre une telle démarche. Les objectifs poursuivis par cet outil sont : Introduire la synthèse des connaissances en tant que démarche scientifique permettant de mettre à profit le cumul des connaissances dans un champ particulier ou sur une question particulière. transmettre les connaissances essentielles au développement d'une compréhension de base de ce qu'est la méta-analyse; le présent document ne prétend aucunement rendre l'étudiant qui en fait la lecture entièrement autonome dans la réalisation d'une méta-analyse ; illustrer certaines notions relatives à la méta-analyse à partir d'exemples concrets.

Modèles économétriques Econometric models

52755

OUVRAGE
SCOTT LONG (J.), FREESE (J.)

Regression models for categorical dependent variables using Stata.

Modèles de régression pour les variables dépendantes catégorielles au moyen de Stata.

Texas : Stata press : 2006 : XXV-527p., tabl., graph., index

Cote Irdes : Ug15

<http://www.stata.com/bookstore/regression-models-categorical-dependent-variables/>

This book shows how to use Stata to fit and interpret regression models for categorical data. Nearly 50% longer than the previous edition, the second edition covers new topics for fitting and interpreting models included in Stata 9, such as multinomial probit models, the stereotype logistic model, and zero-truncated count models. Many of the interpretation techniques have been updated to include interval and point estimates. Although regression models for categorical dependent variables are common, few texts explain how to interpret such models; *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata, Second Edition* fills this void. To accompany the book, Long and Freese provide a suite of commands for hypothesis testing and model diagnostics. The second edition begins with an excellent introduction to Stata and follows with general treatments of estimation, testing, fit, and interpretation in this class of models. Long and Freese detail binary, ordinal, nominal, and count outcomes in separate chapters. The final chapter explains how to fit and interpret models with special characteristics, such as interaction, nonlinear terms, and ordinal and nominal independent variables. One appendix explains the syntax of the author-written commands, and a second appendix details the book's datasets. Long and Freese use many concrete examples in their second edition. All the examples, datasets, and author-written commands are available on the authors' website, so readers can easily replicate the examples when using Stata. This book is ideal for students or applied researchers who want to learn how to fit and interpret models for categorical data (4e de couverture).

52754

OUVRAGE

HARDIN (J.W.), HILBE (J.W.)

Generalized linear models and extensions.
Modèles linéaires généralisés et extensions.

Texas : Stata press : 2012 : XXII-455p., tabl., graph., index

Cote Irdes : Ug14

<http://www.stata.com/bookstore/generalized-linear-models-and-extensions/>

Generalized linear models (GLMs) extend linear regression to models with a non-Gaussian, or even

discrete, response. GLM theory is predicated on the exponential family of distributions—a class so rich that it includes the commonly used logit, probit, and Poisson models. Although one can fit these models in Stata by using specialized commands (for example, logit for logit models), fitting them as GLMs with Stata's `glm` command offers some advantages. For example, model diagnostics may be calculated and interpreted similarly regardless of the assumed distribution. This text thoroughly covers GLMs, both theoretically and computationally, with an emphasis on Stata. The theory consists of showing how the various GLMs are special cases of the exponential family, showing general properties of this family of distributions, and showing the derivation of maximum likelihood (ML) estimators and standard errors. Hardin and Hilbe show how iteratively reweighted least squares, another method of parameter estimation, are a consequence of ML estimation using Fisher scoring. The authors also discuss different methods of estimating standard errors, including robust methods, robust methods with clustering, Newey–West, outer product of the gradient, bootstrap, and jackknife. The thorough coverage of model diagnostics includes measures of influence such as Cook's distance, several forms of residuals, the Akaike and Bayesian information criteria, and various R²-type measures of explained variability. After presenting general theory, Hardin and Hilbe then break down each distribution. Each distribution has its own chapter that explains the computational details of applying the general theory to that particular distribution. Pseudocode plays a valuable role here, because it lets the authors describe computational algorithms relatively simply. Devoting an entire chapter to each distribution (or family, in GLM terms) also allows for the inclusion of real-data examples showing how Stata fits such models, as well as presenting certain diagnostics and analytical strategies that are unique to that family. The chapters on binary data and on count (Poisson) data are excellent in this regard. Hardin and Hilbe give ample attention to the problems of overdispersion and zero inflation in count-data models. The final part of the text concerns extensions of GLMs, which come in three forms. First, the authors cover multinomial responses, both ordered and unordered. Although multinomial responses are not strictly a part of GLM, the theory is similar in that one can think of a multinomial response as an extension of a binary response. The examples presented in these chapters often use the authors' own Stata programs, augment-

ing official Stata's capabilities. Second, GLMs may be extended to clustered data through generalized estimating equations (GEEs), and one chapter covers GEE theory and examples. Finally, GLMs may be extended by programming one's own family and link functions for use with Stata's official glm command, and the authors detail this process. In addition to other enhancements—for example, a new section on marginal effects—the third edition contains several new extended GLMs, giving Stata users new ways to capture the complexity of count data. New count models include a three-parameter negative binomial known as NB-P, Poisson inverse Gaussian (PIG), zero-inflated generalized Poisson (ZIGP), a rewritten generalized Poisson, two- and three-component finite mixture models, and a generalized censored Poisson and negative binomial. This edition has a new chapter on simulation and data synthesis, but also shows how to construct a wide variety of synthetic and Monte Carlo models throughout the book (4e de couverture).

SAS SAS

53228

OUVRAGE
DECOURT (O.)
GERARD (H.) / préf.

SAS l'essentiel.

Paris : Dunod : 2011 : 13p.+263p.

Cote Irdes : Ug16

<http://www.dunod.com/informatique-multimedia/systemes-dinformation-et-reseaux/bases-de-donnees/ouvrages-professionnels/sas-lessentiel>

Ce livre a été conçu pour maîtriser les usages les plus courants de SAS (Statistical Analysis System) que sont l'extraction de données, les requêtes, les jointures, les statistiques descriptives ou le paramétrage. Plus de 90% des informations contenues dans ce livre sont valables pour toutes les versions de SAS car elles se rapportent à des besoins que l'éditeur du logiciel a pris en compte depuis de nombreuses années. L'ouvrage comporte une introduction au code (en langage SAS, en requêtes SQL ou en langage macro) pour ceux qui veulent s'initier à ce type de programmation.

Sciences sociales Social sciences

53385

OUVRAGE
DUBAR (C.) / dir., THOEMMES (J.) / dir.

Les temporalités dans les sciences sociales.

Toulouse : Octarès : 2013 : 145p., tabl., index

Cote Irdes : A4449

Qu'est-ce que les sciences sociales ont à dire du temps ? A cette question, ce livre donne une réponse détaillée. Tout d'abord, les temps et les temporalités sont au cœur des interrogations des sciences sociales. La partition des temps sociaux entre temps professionnels, temps privés et temps pour soi continue à poser des problèmes dans la vie quotidienne. Depuis l'irruption du travail industriel, les sciences sociales s'accordent pour considérer que les temps ont bien changé sous la pression des formes d'organisation. Au-delà du travail, cette évolution est inséparable d'un processus qui fait du temps une marchandise à prix quantifiable avec l'invention du prêt à intérêt. Les dynamiques du capitalisme et le commerce sur longue distance transforme dès le Moyen Age les marchands en entrepreneurs des temps. Il n'est pas facile de faire des temporalités des objets d'analyse. Toutes les sciences sociales ici rassemblées ont apporté leurs propres méthodes pour analyser les temps : analyse longitudinale, attitudes et biographies ne sont que des exemples d'un outillage particulièrement riche. Si, sur un versant positif, les sciences sociales s'accordent sur la nécessité de prendre en compte la multiplicité des temps, de l'autre côté, les dynamiques récentes mettent en valeur l'éclatement des temps jusqu'à leur individualisation. Ce livre cherche à présenter et confronter ces usages du temps singulier et des temporalités plurielles dans une dizaine de disciplines des sciences sociales : histoire, sociologie, économie, démographie, anthropologie, psychologie sociale, sociohistoire et sociolinguistique ainsi que par une interprétation du passage de la philosophie du temps aux sciences humaines et sociales des temporalités. Liés directement ou non à l'équipe rédactionnelle de la revue *Temporalités*, les auteurs se sont efforcés de clarifier les usages, de repérer les textes-clés et de reconstituer l'imprégnation de leur discipline par les temporalités. Leurs contributions font de ce livre une référence incontournable pour justifier le recours à des analyses temporelles dans toutes les disciplines des sciences sociales (4e de couverture).

Démographie - Modes de vie / Demography-Living conditions

Fécondité Fecundity

52675

FASCICULE
AERTS (A.T.)

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

La fécondité dans les régions depuis les années 1960.

INSEE PREMIERE : 2013/01 : 14230 ; 4p.

Paris : INSEE

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1430/ip1430.pdf>

En France métropolitaine, les disparités régionales de fécondité se sont sensiblement réduites depuis la fin du baby-boom. Le traditionnel croissant de haute fécondité, qui s'étendait jusque dans les années 1960 de l'Ouest à l'Est en passant par le Nord, a disparu. En 2009, la fécondité est la plus élevée dans le quart nord-ouest de la France, ainsi qu'en Franche-Comté, Rhône-Alpes et Provence - Alpes - Côte d'Azur. La Corse est la région la moins féconde, suivie par l'Alsace et la Lorraine où la fécondité équivaut à celle du sud-ouest et du centre de la France. L'âge moyen à l'accouchement ne cesse de progresser depuis 1977. En 2009, il culmine à 31 ans en Île-de-France, soit près d'un an de plus que dans les autres régions de métropole. La hausse de la fécondité après 28 ans est générale, mais elle est globalement la plus forte dans la moitié sud de la France, ainsi que dans le Centre et l'Île-de-France ; dans ces régions, la fécondité tous âges confondus dépasse en 2009 les niveaux atteints en 1975. Dans les départements d'outre-mer, la fécondité est généralement plus élevée et plus précoce qu'en métropole, en particulier en Guyane.

Indicateurs démographiques Demographic indicators

52677

FASCICULE
BELLAMY (V.), BEAUMEL (C.)

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

Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément.

Paris : INSEE

INSEE PREMIERE : 2013/01 : 1429 ; 4p.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1429/ip1429.pdf>

Au 1er janvier 2013, 65,8 millions d'habitants peuplent la France, dont 63,7 vivent en métropole. En 2012, la population a augmenté plus faiblement que les années précédentes. Si le nombre de naissances se stabilise (822 000), le nombre de décès est beaucoup plus élevé qu'en 2011 (571 000), du fait d'une mortalité plus forte, notamment en début d'année. Le solde naturel est ainsi le plus faible enregistré depuis 2003. L'indicateur conjoncturel de fécondité se maintient à 2,01 enfants par femme et l'âge moyen à l'accouchement, en constante augmentation, atteint 30,1 ans. Après avoir beaucoup progressé en 2011, pour les femmes comme pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance diminue légèrement pour les femmes (84,8 ans, soit - 0,2 an) et reste stable à 78,4 ans pour les hommes. En baisse constante depuis une décennie, le nombre de mariages croît légèrement en 2012. L'âge moyen au premier mariage continue de s'élever et atteint 31,9 ans pour les hommes et 30,1 ans pour les femmes.

Documentation / Documentation

Dictionnaire Dictionary

53388

REPERTOIRE
TUFFREAU (F.) / dir.

Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale.

Rennes : presses de l'EHESP : 2013 : 514p., tabl., index

Cote Irdes : Ub540 (2013)

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/politiques-et-pratiques/Details/322/19/sante-publique/politiques-et-pratiques/dictionnaire-de-lorganisation-sanitaire-et-medico-sociale-2e-edition.html>

Les structures sanitaires et médico-sociales connaissent des mutations perpétuelles, d'autant plus difficiles à suivre qu'elles se situent au carrefour de plusieurs législations — celles de la santé publique, de la sécurité sociale et de la mutualité, de l'action sociale. Le vieillissement de la population, les contraintes économiques, une meilleure évaluation des besoins d'aide ou d'accompagnement, l'évolution des thérapeutiques nécessitent en effet des adaptations incessantes de notre organisation socio-sanitaire et de son cadre réglementaire. Cette nouvelle édition, entièrement revue, augmentée et mise à jour, propose près de 800 entrées rassemblant définitions, concepts et articles de synthèse, enrichis de références juridiques et de données statistiques (4e de couverture).

Knowledge management Knowledge management

53387

OUVRAGE
LUNGU (V.)

Knowledge management en entreprise : la gestion des connaissances au service de la performance.

Le Mans : Gereso : 2013 : 173p.

Cote Irdes : A4451

http://www.la-librairie-rh.com/management-de-projet-et-organisation_7_knowledge-management-en-entreprise_know.html

Pour les entreprises, le challenge d'aujourd'hui est d'évoluer aussi vite que le monde qui les entoure. Le Knowledge Management associe les deux axes essentiels de toute activité : pérennisation et développement du business. Cet ouvrage décompose le processus du Knowledge Management, en commençant par la réalisation d'une cartographie des méthodes de l'ingénierie des connaissances et du développement d'activité. Dans l'esprit de son premier livre Learning Management System pour l'entreprise, l'auteur aborde la gestion des connaissances au service de l'entreprise en passant de la théorie à la pratique avec la présentation d'une situation d'entreprise. Le Knowledge Management n'est pas un énième outil miracle de gestion des ressources humaines, mais bien une philosophie, un état d'esprit, qui se traduit par un plan concret pour l'entreprise d'aujourd'hui et de demain (4e de couverture).

Périodiques Periodicals

52166

DOCUMENT DE TRAVAIL
CARD (D.), DELLAVIGNA (S.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Nine Facts about Top Journals in Economics

*Neuf faits sur des prestigieuses revues en
économie.*

NBER Working Paper Series ; 18665

Cambridge : NBER : 2013/01 : 48p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w18665>

How has publishing in top economics journals changed since 1970? Using a data set that combines information on all articles published in the top-5 journals from 1970 to 2012 with their Google Scholar citations, we identify nine key trends. First,

annual submissions to the top-5 journals nearly doubled from 1990 to 2012. Second, the total number of articles published in these journals actually declined from 400 per year in the late 1970s to 300 per year most recently. As a result, the acceptance rate has fallen from 15% to 6%, with potential implications for the career progression of young scholars. Third, one journal, the American Economic Review, now accounts for 40% of top-5 publications, up from 25% in the 1970s. Fourth, recently published papers are on average 3 times longer than they were in the 1970s, contributing to the relative shortage of journal space. Fifth, the number of authors per paper has increased from 1.3 in 1970 to 2.3 in 2012, partly offsetting the fall in the number of articles per year. Sixth, citations for top-5 publications are high: among papers published in the late 1990s, the median number of Google Scholar citations is 200. Seventh, the ranking of journals by citations has remained relatively stable, with the notable exception of the Quarterly Journal of Economics, which climbed from fourth place to first place over the past three decades. Eighth, citation counts are significantly higher for longer papers and those written by more co-authors. Ninth, although the fraction of articles from different fields published in the top-5 has remained relatively stable, there are important cohort trends in the citations received by papers from different fields, with rising citations to more recent papers in Development and International, and declining citations to recent papers in Econometrics and Theory.

Réglementation / Law

Médicaments Pharmaceuticals

53248

OUVRAGE

LAUDE (A.) / dir., PAUBEL (P.) / dir., PEIGNE (J.) / dir.

Le droit des produits de santé après la loi du 29 décembre 2011.

Collection Hyg a.

Paris : Editions de santé : 2012 : 376p.

Cote Irdes : A4441

Conséquence directe du scandale du Mediator, la loi du 29 décembre 2011 relative au -renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a modifié certains aspects de la vie des produits de santé : Sunshine Act «   la française », création de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM, en remplacement de l'Afssaps, etc.). En suivant les titres successifs de la loi (transparence des liens d'intérêts, gouvernance des produits de santé, médicament à usage humain, dispositifs médicaux, dispositions complémentaires relatives aux médicaments génériques ou aux lanceurs d'alerte), cet ouvrage en analyse les apports essentiels et prend la mesure de ce qu'elle va changer comme des limites qu'elle s'est fixées . Il est complété par le texte intégral de la loi et une liste des décrets et circulaires arrêtée à fin mai 2012. Rédigé par une équipe de juristes et de personnalités du monde de la santé (entreprises, associations de patients, etc.), l'ouvrage a été coordonné par Anne Laude, Pascal Paubel et Jérôme Peigné, tous trois professeurs à l'université Paris Descartes et membres de l'Institut Droit et Santé, Sorbonne Paris Cité. il apporte un précieux éclairage sur un monde, celui du médicament et des produits de santé, en pleine mutation et attentif à corriger ses dysfonctionnements (D'après le 4e de couverture).

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

Académie Nationale de Médecine	48
ACHOUR (N.).....	56
ACHTERBERG (P.W.)	29
ADDICOTT (R.)	39
AERTS (A.T.).....	63
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.)	32 , 45
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. (A.N.S.M.)	50
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	51
ALLEN (J.).....	35
ALLEN (M.).....	35
Altermind	50
AMADO (C.A.F.)	40
AMIET (C.).....	24
ANEMA (J.R.)	26
AOUSTIN (M.)	48
AQUINO (J.P.).....	32
ARANKI (T.)	31
ARNAUD (C.).....	24
Assemblée nationale. (A.N.).....	19
Association des Petites Villes de France. (A.P.V.F.)	37
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.)	16
ATELLA (V.).....	21
AUBERTIN (A.)	44

B

BACHOUD-LÉVI (A-C.).....	24
BARLET (M.).....	37
BARRERE-MAURISSON (M.A.)	30
BARROUX (G.).....	41

BARTOLI (F.)	44
BATYRA (A.).....	30
BAUD (C.).....	45
BEAUMEL (C.)	63
BECK (F.).....	25
BELLAMY (V.)	63
BELOT (A.).....	24
BEN HALIMA (M.A.).....	27
BESSELING (P.).....	56
BILLINGS (J.).....	31
BIRON (N.)	45
BONASTRE (J.).....	47
BONTOUX (D.).....	48
BONTRON (J.C.)	37
BOROWITZ (M.)	46
BORSCH-SUPAN (A.)	30
BOURDILLON (F.)	25
BREKKE (K.).....	47
BREKKE (K.R.).....	51
BRUNET (S.)	17

C

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	42
CARD (D.).....	64
CAROLI (E.).....	28
CASH (R.)	48
CASTEL (P.).....	47
CASTONGUAY (J.).....	48
CAVALIER (M.).....	46
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	51
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).....	30
Centre For Economic and International Studies. (C.E.I.S.)	21
Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations. (C.I.R.A.N.O.)	48

CHAOUI (F.).....	56
CHARLESWORTH (A.).....	21
CHAUVIN (P).....	35
CHIASSON (M.A.).....	17
COLDEFY (M.).....	37
Collectif Interassociatif Sur la Santé. (C.I.S.S.).....	11 , 52
COLLIN (C.).....	37
COMBES MICHAUD (E.).....	45
Comité Avancée en Age Prévention et Qualité de Vie.....	32
Comité Interministériel sur l'Adaptation de la Société Française au Vieillessement de sa Population.....	32
Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.).....	11
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.)....	16
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.).....	17 , 26
CONTI (V.).....	21
CONWAY (E.).....	18
COSTE (P.).....	44
Cour des Comptes.....	58
COUTURIER (D.).....	48
COUTY (E.).....	46
CROQ (A.).....	51
CURTIS (S.E.).....	38

D

DALEN (S.M.).....	51
DE BEAUCHAMP (H.).....	44
DECOURT (O.).....	62
DE LA CROIX (A.).....	30
DE LA CROIX (D.).....	30
DELLAVIGNA (S.).....	64
DEPINOY (D.).....	40
DESCOTEAUX (S.).....	32
DESTAIS (N.).....	44
DEVICTOR (B.).....	11 , 47
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).....	28
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).....	11

DOLLARD (J.M.).....	46
DRANOVE (D.).....	44
DUBAR (C.).....	62
DUBOSQ (C.).....	47
DUHAMEL (E.).....	26
DUMONT (M.).....	20
DUPONT (B.).....	46

E

EGAN (M.L.).....	21
EINAV (L.).....	59
ESSEC Business School.....	14
European Commission.....	53
Europeristat Project.....	24
Eurostat.....	60

F

Federal Planning Bureau. (F.P.B.).....	20
FENOLL (B.).....	47
FIVA (J.H.).....	34
FLEURET (S.).....	38
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Centre de Recherche Innocenti (U.N.I.C.E.F.).....	25
FRAGONARD (B.).....	15
FREESE (J.).....	60

G

GARTHWAITE (C.).....	44
GAUTIER (A.).....	25
GERARD (H.).....	62
GODARD (M.).....	28
GOHET (P.).....	32
GRIMALDI (A.).....	12
GROSCLAUDE (P.).....	24
GUILLOT (J.P.).....	46

H

HAEGELAND (T.).....	34
HARBERS (M.M.).....	29
HARDIN (J.W.)	61
Haut Conseil de la Famille. (H.C.F.).....	15
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	13 , 33 , 42
Heidelberg University	54
HILBE (J.W.).....	61
HOGART (S.)	35
HOLMAS (T.H.).....	51
Hospices Civils de Lyon. (H.C.L.)	24
HOYEZ (A.C.)	38

I

IMBEAU (D.).....	17
IMISON (C.).....	39
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	44
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.)	20
Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen. (I.P.E.M.E.D.).....	56
Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail. (I.R.S.S.T.).....	17
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	27 , 29 , 47
Institut de Recherches Economiques et Sociales. (I.R.E.S.)	58
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.).....	23
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).....	14
Institut Montaigne.....	34
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	24
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	63
Institut National de Santé Publique du Québec. (I.N.S.P.Q.).....	32
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.)...	24
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).....	24

J

JAKUBOWSKI (E.).....	56
JALLONET (R.)	17
JONES (N. M.)	21
JOURNEAU (F.).....	47
JOYEUX (H.).....	26
JUGNOT (S.)	58

K

KALINICHENKO (O.).....	40
KARLSSON (M.).....	14
KERSCHEN (N.).....	15
KESSLER (F.)	15
KESSLER (J.B.).....	14
King's Fund Institute.....	39
KREMER (M.)	52

L

LAMIRAUD (K.)	14
LAUDE (A.)	66
LAUN (T.).....	16
LAURENT (P.).....	53
LEFEVE (C.).....	41
LEGROS (M.)	56
LEICHSENRING (K.)	31
LE PAPE (J.)	51
LEPINE (C.)	44
LEPPO (K.).....	12
LEROY (D.).....	49
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).....	50
LEVESQUE (J.F)	32
LEVIN (J.D.)	59
LEWINER (J.)	51
LH2 Opinion.....	11
Ligue contre le Cancer.....	23
LINDO (J.M.).....	37

London School of Economics and Political Science. (L.S.E.).....	31
LORTHIOIS (D.).....	15
LUCAS-GABRIELLI (V.)	37
LUDWIG (A.)	30
LUNGU (V.).....	64

Environment. (R.I.V.M.)	29
NAYLOR (C.)	39
NESTRIGUE (C.).....	47
Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.)	56
NIES (H.)	31
Norwegian Business School.....	51

M

MACCHIARELLI (C.).....	31
MARMOT (M.)	35
MARTIMORT (D.)	50
MARTIN-CARON (L.)	35
MARZILLI ERICSON (K.).....	14
MAURY (F.).....	46
Médecins du Monde. (M.D.M.).....	35
MENKES (C.J.)	48
MESNIL (M.).....	25
MEYER (B.D.)	19
MICHEL (C.).....	49
Ministère chargé de la Santé.....	11 , 13 , 46 , 47
Ministère de l'Intérieur	49
Ministère des Personnes âgées et de l'Autonomie	31 , 32
Ministère du Travail - de l'Emploi - de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (M.T.E.F.P.D.S.)	28
Ministry of Social Affairs and Health	12
MOK (W.K.C.).....	19
MORAN (V.)	46
MOUNIER (C.).....	32
MULLER (H.H.).....	54
MULLER (P.)	54
MULLIGAN (C.B.)	21

N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.) ...	14 , 19 , 21 , 30 , 37 , 44 , 52 , 59 , 64
National Institute for Public Health and the	

O

OBERMANN (K.).....	54
Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.).....	36
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.)	40
Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais. (O.R.S.N.P.D.C.).....	34
OLLILA (E.)	12
OLLVIER (R.)	46
ORESQUES (N.)	18
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.) .	45 , 54
Organisation Internationale du Travail. (O.I.T.) .	17
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	11 , 12 , 26 , 36 , 55 , 56
OR (Z.).....	47

P

PAPANICOLAS (I.)	55
Paris School of Economics (P.S.E.).....	28
PAUBEL (P.)	66
PEIGNE (J.)	66
PENA (S.).....	12
PENEFF (J.).....	39
PHILIPSON (T.J.)	21
PIROT (D.)	49
POIRIER (L.R.).....	32
POUYET (J.).....	50
Premier Ministre	31 , 32

R

REMONTET (L.)	24
Réseau Français des Registres de Cancer. (F.R.A.N.C.I.M.)	24
RICHARD (J.B.)	25
RIGARD-CERISON (A.)	51
ROCOCO (E.)	27
RONNING (M.)	34
Royal College of Psychiatrics. (R.C.P.)	13

S

SAINT-JACQUES (M.C.)	60
SALTMAN (R.B.)	56
SANTOS (S.P.)	40
SCHROEDER (J.B.)	53
SCOTT LONG (J.)	60
SCOTTON (C.)	46
Sénat	18
SICILIANI (L.)	46, 47
SIMONOT (N.)	35
SIRVEN (N.)	29
SMITH (P.C.)	55
SNYDER (C.M.)	52
ST-AMAND (A.)	60
Statistics Norway	34
STRAUME (O.)	47
Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.)	53

T

TEILLANT (A.)	51
THEBAUD-MONY (A.)	27
The Nuffield Trust	21, 41
THOEMMES (J.)	62
THOUEZ (J.P.)	38
Tilburg University	26

TOUPILLIER (D.)	46
TUFFERY (S.)	59
TUFFREAU (F.)	64

U

UCL Institute of Health Equity	35
Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.)	40
United States General Accounting Office. (G.A.O.)	54
Universidade do Minho	47
University of Algarve	40
University of British Columbia	42

V

VALLAUD-BELKACEM (N.)	25
VANBIERVLIET (F.)	35
VAN DER HORST (A.)	56
VAN EWIIK (C.)	56
VERRIER (B.)	46
VINCENT (J.)	37
VLASVELD (M.C.)	26
VOGEL (E.)	30
VOISIN (L.M.)	37
VOLKER (D.)	26

W

WALLENIIUS (J.)	16
WILLEME (P.)	20

Y

YENI (I.)	44
YOCOM (C.L.)	54

Z

ZACHER (H.F.).....	15
ZAMORA (B.).....	53
ZIEBARTH (N.R.).....	14

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES EDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

A.I.S.S. (Association Internationale de la Sécurité Sociale)

Centre de documentation
Case postale 1
CH 1211 Genève 22
Suisse
☎ 00 41 22 799 75 55
Fax : 00 41 22 799 85 09
Email : ssa@ilo.org
<http://www.issa.int>

A.N.A.P. (Agence Nationale d'Appui à la Performances des établissements de santé et médico-sociaux)

23 avenue d'Italie
75013 Paris
☎ 01 57 27 12 00
<http://www.anap.fr/accueil/>

A.N.S.M. (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé)

(ex Afssaps)(Les Commissions de transparence et d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps ont été rattachés à l'H.A.s)
Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
<http://ansm.sante.fr/>

A.P.V.F. (Association des Petites Villes de France)

42, Bd Raspail
75007 Paris
☎ 01 44 45 00 83
Fax : 01 45 48 02 56

<http://www.apvf.asso.fr/>

A.T.I.H. (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 Lyon cédex 03
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 54 25
<http://www.sante.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>

Agora Débat / Jeunesse

Injep
Les Presses de Sciences-Po
117, boulevard de Saint-Germain
75006 Paris
http://www.injep.fr/spip.php?page=publications_liste&language_id=4&categories_id=30

Altermind

9, rue de Villersexel
75007 Paris
<http://www.altermind.fr/>

Assemblée Nationale

126, rue de l'Université
75007 Paris
☎ 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>



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.E.I.S. (Centre for Economics and International Studies)

Faculty of Economics
University of Rome «Tor Vergata»
Via Columbia
2 00133 Roma
Italie
☎ 0039 06 2040234
Email : segr.ceis@economia.uniroma2.it
<http://www.ceistorvergata.it/>

C.E.S.E. (Conseil Economique, Social et environnemental)

9, avenue d'Iena
75775 Paris cedex 16
☎ 01 44 43 60 00
Fax : 01 44 43 61 87
<http://www.lecese.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.I.R.A.N.O. (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations)

2020, rue University, 25e étage
Montréal, Québec, H3A 2A5
☎ (514) 985-4000
Email : webmaster@cirano.qc.ca
<http://www.cirano.qc.ca>

C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)

10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
Email : contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>

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

26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20
☎ Standard 01 72 60 10 00
☎ Service Documentation : 01 72 60 10 20
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

C.O.R. (Conseil d'orientation des retraites)

113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>

C.P.B. Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis

CPB Library
P.O. Box 80510
2508 GM The Hague
Pays-Bas
<http://www.cpb.nl/en/node/>

C.S.P.T. (Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale)

Place Beauvau
75800 Paris cedex 08
<http://www.csftpt.org/>

Centre for Health Services & Policy Research

201-2206 East Mall
Vancouver, BC, V6T 1Z3
Canada
<http://www.chspr.ubc.ca/>

Centre d'Economie de la Sorbonne

Maison des Sciences Économiques
106-112 boulevard de L'Hôpital
75647 Paris Cedex 13
☎ 01 44 07 81 00
Fax : 01 44 07 81 09
<http://centredeconomiesorbonne.univ-paris1.fr/>

Cour des Comptes

13, rue Cambon
75001 Paris
☎ 01 42 98 95 00
Fax : 01 42 60 01 59
<http://www.ccomptes.fr/>

D

D.A.R.E.S. (Direction de l'Animation, de la Recherche et des Etudes Statistiques)

Ministère du travail des Relations sociales, et de la solidarité
43 quai André-Citroën
75902 Paris Cedex 15
☎ 01 44 38 38 38
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/etudes-recherche/publications-dares/>

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/>

Dunod Editions

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

E

Economica

Groupe Eyrolles
61, bd Saint-Germain
75240 Paris cedex 05
☎ 01 44 41 11 11
<http://www.eyrolles.com/Accueil/Editeur/3/economica.php>

Editions de l'O.C.D.E. (Les)

Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents.
Les publications sont diffusées par...

Librairie de l'OCDE en ligne

Pour acheter en ligne monographies et publications en série
<http://www.ocde>

librairie.org / <http://www.oecdbookshop.org>

Documents en ligne :

<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne
Autres diffuseurs...

Monographies

Documentation Française (La)
Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
☎ 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
Email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> => rechercher sur « OCDE »
Abonnements (publications en série, documents de travail...) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive
Stratton Business Park
Biggleswade
Bedfordshire, SG18 8TQ
Royaume-Uni
☎ 00 44 1767 604 800
Fax : 00 44 1767 601 640

<http://www.turpin-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx>

Consultation des documents : à la Documentation Française

Editions de santé

49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
<http://www.editionsdesante.fr/>

Editions Dialogue.fr

54 rue Jean Macé
29200 Brest
<http://www.editions-dialogues.fr>

Editions Le Pommier

239, rue St Jacques
75005 Paris
☎ 01 53 10 24 60

Editions Technip

27, rue Ginoux
75737 Paris cedex 15
☎ 01 45 78 33 80
Fax : 01 45 75 37 11
Email : info@editionstechnip.com
<http://www.editionstechnip.com/>

Empêcheurs de penser en rond (Les)

5, rue d'Enghien
75010 Paris
☎ 01 42 47 02 74
<http://www.recalcitrance.com/EMPECHEURS.htm>

ESSEC (Ecole Supérieure de Sciences Economiques)

Santé Institut de management de la santé de L'ESSEC
Sonia SITBON -Assistante Chaire ESSEC
BP 50105
95021Cergy-Pontoise Cedex
☎ 01 34 43 30 87
Fax : 01 34 43 36 92
<http://www.essec-sante.com>

EURO-PERISTAT

Coordination : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Email : europersistat.coordination@gmail.com

F

Federal Planning Bureau

Bureau Fédéral du Plan
Avenue des Arts, 47-49
1000 Bruxelles
Belgique
<http://www.plan.be/>

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/>

G.R.E.P. (Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective)

150-154 rue du Faubourg St-Martin
75010 Paris
☎ 01 55 33 10 40
Email : grep.pour@wanadoo.fr

Carnet d'adresse des éditeurs
Publishers address book

Galatasaray University Economic Research Center

Postal: Ciragan Caddesi No: 36
34357 Besiktas Istanbul
Turquie
<http://gsu-giam.net/>

Gereso editions

28 rue Xavier Bichat
72018 Le Mans Cedex
<http://www.gereso.com>

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

Haut Conseil de la Famille

Ministère Travail, Emploi et Santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris Cedex SP 07
<http://www.hcf-famille.fr/>

I

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

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris

☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 60 01
<http://www.igas.gouv.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

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.N.S.P.Q. (Institut National de Santé Publique du Québec)

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
<http://www.inspq.qc.ca>

IPEMED (Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen)

104 Boulevard du Montparnasse
75014 Paris
<http://www.ipemed.coop/fr/>

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

Service Publication-communication
10, rue Vauvenargues
75018 Paris

☎ 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr

I.R.S.S.T. (Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail du Québec)
505, boulevard de Maisonneuve Ouest
H3A 3C2 Montréal (Québec)
Canada
☎ 00 1 514 288 1551
<http://www.irsst.qc.ca/>

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/>

IRJS Editions
Université Paris 1
Panthéon-Sorbonne
75231 Paris 05
<http://irjs.univ-paris1.fr/irjs-editions/>

I.R.E.B. (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons)
19, av Trudaine
75009 Paris
☎ 01 48 74 82 19
Fax : 01 48 78 17 56
Email : ireb@ireb.com
<http://www.ireb.com>

Infodium Editions
69, avenue des Ternes
75017 Paris
<http://www.infodium.fr>

I.R.E.S. (Institut de Recherches Economiques et Sociales)
16, Bd du Mont d'Est
93192 Noisy le Grand cedex
☎ 01 48 15 18 90

Fax : 01 48 15 19 18
Email : info@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/>

Institut National du Cancer
52, avenue André-Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
☎ 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr/>

K

King's Fund Publishing
11-13 Cavendish Square
London W1M 0AN
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7307 2400
<http://www.kingsfund.org.uk>

L

L2 H opinion
46 rue de l'échiquier
75010 Paris
☎ 01 55 33 20 65

L.S.E. (London School of Economics and Political Science)
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7405 7686
<http://www2.lse.ac.uk/home.aspx>

L.E.E.M. Editions

Siège social :
15 rue Rieux
92100 Boulogne-Billancourt
Email : contact@leem-services.com
<http://www.leem.org/medicament/accueil.htm>

Ligue contre le cancer

14 Rue Corvisart
75013 Paris
<http://www.ligue-cancer.net>

M

Mannheim Institute for Public Health

Ludolf-Krehl-Straße 7-11
D-68167 Mannheim
Allemagne
<http://miph.umm.uni-heidelberg.de>

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

8, av. de Ségur
75007 Paris
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 54 25
<http://www.sante.gouv.fr>

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>

Norwegian School of Economics (NHH)

Department of Economics
Helleveien 30
N-5035 Bergen
Norvège

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

O.I.T. (Organisation Internationale du Travail)

4, route des Morillons
CH 1211 Genève 22
Suisse
<http://www.ilo.org>

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/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE> => diffuseurs en France)

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

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

O.N.P.E.S. (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale)

Secrétariat
Drees
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 82 29
Email : drees-onpes@sante.gouv.fr
<http://www.onpes.gouv.fr/>

O.R.S. des Pays de la Loire (Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire)

Hôtel de la Région
1, rue de la Loire
44966 Nantes cedex 9
☎ 02 51 86 05 60
Fax : 02 02 51 86 05 61
Email : accueil@orspaysdelaloire.com
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

O.R.S. du Nord Pas-de-Calais (Observatoire régional de la Santé du Nord-Pas de Calais)

Parc Eurasanté
235 avenue de la recherche
BP 86
59373 Loos cedex
☎ 03 20 15 49 20
Fax : 03 20 15 10 46
Email : secretariat@orsnpdc.org
<http://www.orsnpdc.org/>

Octarès Editions

24, rue de Nazareth
31000 Toulouse
<http://www.octares.com>

Office des publications de l'Union européenne

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
Email: info@publications.europa.eu
<http://publications.europa.eu>

Open University Press

McGraw-Hill Education
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
SL6 2QL
Royaume-Uni
☎ 00 44 1628 502500
Email : enquiries@openup.co.uk
Email : emea_queries@mcgraw-hill

France : Anne-Marie Pluijm :
anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com

<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

P

Palgrave Macmillan

Palgrave Orders Department
Palgrave Macmillan
Houndmills
Basingstoke
Hampshire RG21 6XS
Royaume Uni
Email: orders@palgrave.com
<http://www.palgrave.com/home/index.asp>

Paris School of Economics

48 boulevard Jourdan
75014 Paris
☎ 01 43 13 63 00
Fax: 01 43 13 63 10
Email: accueil@pse.ens.fr
<http://www.pse.ens.fr/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publishers address book

Presses de l'EHESP

CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84

Email : presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64

Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressessciencespo.fr/>

R

Royal College of Psychiatrists

17 Belgrave Square
London, Greater London SW1X 8PG
Royaume-Uni
<http://www.rcpsych.ac.uk/>

S

S.N.I.T.E.M. (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales)

92038 Paris-La Défense
☎ 01 47 17 63 88
Fax : 01 47 17 63 89
<http://www.snitem.fr/>

Seli Arslan (Editions)

14, rue du Repos
75020 Paris
☎ 01 43 70 18 71

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>

Stata Press

4905 Lakeway Drive
College Station
USA

Statistics Norway :

Library
Postboks 8131 Dep,
NO-0033 Oslo
Norvège
<http://www.ssb.no>

T

Tilburg University

Center
PO Box 90153
5000 LE Tilburg
Pays Bas
<http://www.tilburguniversity.edu/research/institutes-and-research-groups/center/>

U

ULC Institute of Equity

Marmot Review Secretariat
Department for Epidemiology & Public Health
University College London
1-19 Torrington Place
London
WC1E 7HB
Grande-Bretagne
<http://www.instituteofhealthequity.org>

UNICEF

centre de recherche Innocenti
Piazza SS. Annunziata, 12
50122 Florence
Italie
<http://www.unicef-irc.org>

Universidade do Minho. Nucleo de Investigacao em Politicas Economicas. (N.I.I.P.E.)

Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
<http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/>

Université Laval

2325, rue de l'Université
Québec (Québec) G1V 0A6
Canada
<http://www2.ulaval.ca>

University of Algarve

Faculty of Economics
Center for Advanced Studies in Management and Economics
<http://www.cefage.uevora.pt/>

Uppsala University

Department of Economics
Kyrkogardsgatan 10
Box 513
S-751 20 Uppsala
Suède

☎ 00 46 18 471 00 00
<http://www.nek.uu.se/>

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 the publication of a review of literature
- is open to the public and replies to external researchers' 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, the 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/>):

- DocVeille presents a bimonthly review of working papers, reports and journal articles
- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books and web sites
- thematic bibliographies
- a directory of health-related web sites, addresses and the conference calendar
- 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/>) :

- DocVeille : ce bimensuel présente des working papers, des rapports, des articles
- *Lu pour vous*, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques
- 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

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>