

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

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Janvier - Février 2008

■ Service Documentation



## ► Présentation

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

L'IRDES est disponible sur Internet.

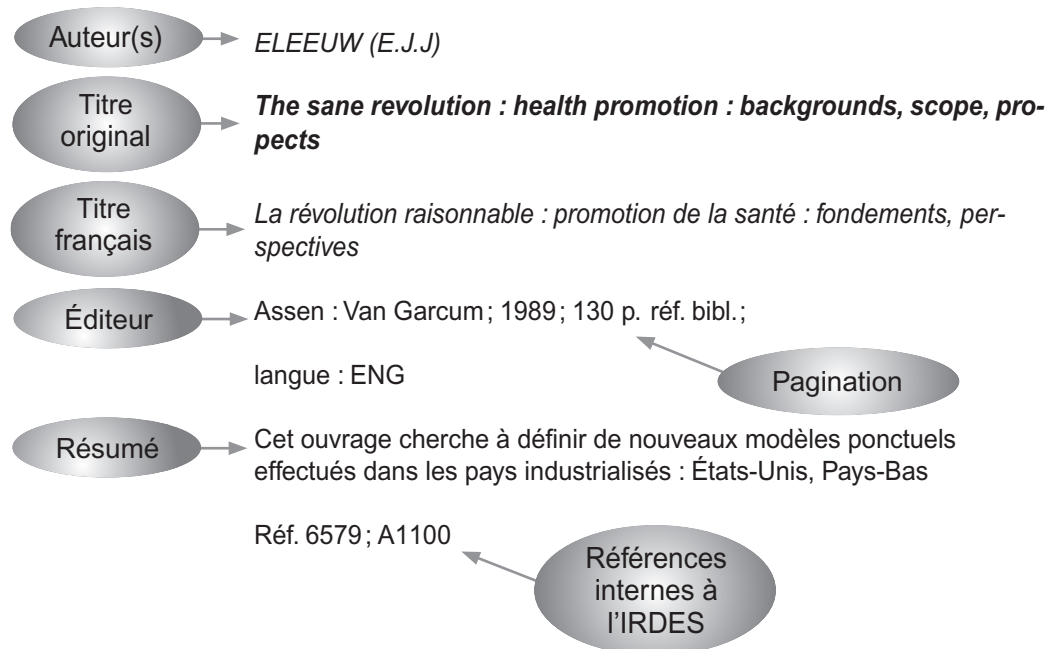
Pour contacter le centre de documentation : email : **documentation@irdes.fr**

Pour obtenir des informations sur l'IRDES et ses prestations :

Serveur Web : **www.irdes.fr**



## ► Comment lire une notice?



## ► Signification des abréviations

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



## **Sommaire**







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



# Sommaire

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 17 POLITIQUE DE SANTÉ

Étude critique .....	17
Fraude sociale .....	17
Historique .....	18
Performance .....	18
Planification sanitaire .....	19
Programmes de santé .....	20
Promotion de la santé .....	21
Qualité des soins .....	21
Régulation .....	22
Satisfaction des usagers .....	22

### 23 PROTECTION SOCIALE

Ctip .....	23
Financement .....	23
Historique .....	28
Justice sociale .....	30
Régime agricole .....	30
Régime minier .....	30
Retraite .....	31
Solidarité .....	33

### PRÉVENTION - SANTÉ

Accidents vasculaires cérébraux .....	33
Comportement de santé .....	34
Maladies chroniques .....	34
Obésité .....	34
Santé mentale .....	35
Tabagisme .....	35
Troubles musculo-squelettiques .....	36

### 37 DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes de la Sécurité sociale .....	37
Coût de la maladie .....	37
Dépenses hospitalières .....	38
Dépenses pharmaceutiques .....	39
Dépistage .....	39
Maladies professionnelles .....	40
Pollution .....	40
Programmes de santé .....	41
Viellissement .....	41

### 43 INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme .....	43
Asthme .....	44
Bien-être .....	44
Cancer .....	45
Capital social .....	46
Cholestérol .....	46
Développement humain .....	46
Diabète .....	47
Données d'ensemble .....	47
Environnement et santé .....	47
Handicap .....	48
Hygiène bucco-dentaire .....	48
Maladies cardio-vasculaires .....	48
Maladie d'Alzheimer .....	49
Météoropathologie .....	50
Morbidité ressentie .....	51
Mortalité maternelle .....	51
Obésité .....	52
Santé et éducation .....	53
Tabagisme .....	53
Travail et santé .....	54

## 55 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	55
Incapacité.....	55
Longévité.....	56
Prise en charge.....	57
Retraite.....	57
Sociologie.....	58
Viellissement.....	58

## 60 GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

Enfants.....	60
Étrangers.....	60
Inégalités de santé.....	60
Inégalités sociales.....	63
Jeunes adultes.....	63
Pauvreté.....	64
Population défavorisée.....	65
RMI.....	65
Toxicomanie.....	66

## 66 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Démographie médicale.....	66
Ile-de-France.....	67
Indicateurs régionaux.....	67
Politique de la ville.....	68
Rhône-Alpes.....	69
Systèmes d'information.....	69
Territoires.....	69

## 69 MÉDECINE LIBÉRALE

Formation médicale.....	69
Information médicale.....	70
Médecine de groupe.....	70
Organisation des soins.....	71
Permanence des soins.....	71
Pratique médicale.....	71
Rémunération.....	72
Responsabilité médicale.....	73
Satisfaction des malades.....	73

## 73 HÔPITAL

Chirurgie ambulatoire.....	73
Compte épargne temps.....	74
Gestion hospitalière.....	74
HAD.....	75
Pharmacie hospitalière.....	75
Qualité des soins.....	75
Satisfaction des usagers.....	76
Tarifcation hospitalière.....	76

## 77 PROFESSIONS DE SANTÉ

Infirmiers.....	77
Mobilité professionnelle.....	77
Pratique médicale.....	78
Transferts de compétences.....	78

## 78 MÉDICAMENTS

Automédication.....	78
Brevet.....	79
Déremboursement.....	79
Données d'ensemble.....	80
Industrie pharmaceutique.....	81
Information des malades.....	81
Innovation médicale.....	81
Prix.....	82

## 82 INFORMATIQUE MÉDICALE

Dossier médical personnel.....	82
Erreurs médicales.....	83
NTIC.....	83
Sondages.....	84
Systèmes d'information.....	84

## 85 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Australie.....	85
Autriche.....	85
Bulgarie.....	86
Canada.....	86
Espagne.....	89
Etats-Unis.....	89
Hongrie.....	91
Italie.....	91

Monde .....	91
Pays-Bas .....	92
Royaume-Uni .....	92
Suède .....	94
Suisse .....	94

## **95 PRÉVISION - ÉVALUATION**

Pratiques professionnelles .....	95
Programmes de santé .....	96
Théorie .....	96

## **97 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE**

Causalité .....	97
Économie de la santé .....	97
Modèle de choix .....	99

## **99 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE**

Mortalité .....	99
Vieillessement de la population .....	99

## **100 ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Conditions de travail .....	100
-----------------------------	-----

## **101 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE**

Annuaire .....	101
Atlas .....	101
Dictionnaires .....	102
Glossaires .....	102
Guides .....	103

## **103 RÉGLEMENTATION**

Accidents thérapeutiques .....	103
Droits des malades .....	104
Prévoyance d'entreprise .....	104
Soins palliatifs .....	104

## **AUTRES RUBRIQUES**

Index des auteurs .....	107
Carnet d'adresses des éditeurs .....	117



## ► Références bibliographiques





## ► Étude critique

36395

GREEN (J.) / éd., LABONTE (R.) / éd.

### ***Critical perspectives in public health.***

Perspectives critiques sur la santé publique.

Abington : Routledge : 248p.

<http://www.amazon.com/Critical-Perspectives-Public-Health-Labonte/dp/0415409527>

Cote Irdes : A3636

This book explores the concept of critical public health, at a point when many of its core concerns appear to have moved to the mainstream of health policy. Issues such as addressing health inequalities and their socioeconomic determinants, and the inclusion of public voices in policy-making, are now emerging as key policy aims for health systems across Europe and North America. Combining analytical introductory chapters, edited versions of influential articles from the journal *Critical Public Health* and specially commissioned review articles, this volume examines the contemporary roles of critical voices in public health research and practice from a range of disciplines and contexts. The book covers many of the pressing concerns for public health practitioners and researchers including : the implications of new genetic technologies for public health; the impact of globalization on local practice : the politics of citizen participation in health programmes ; the impact of car-centred transport systems on health: the ethics of evaluation methods and the persistence of health inequalities. *Critical Perspectives in Public Health* is organized into sections covering four key themes in public health: social inequalities; evidence for practice; globalization; technologies and the environment. With contributions from a range of countries including the United States, Canada, the UK, Australia and South Africa, it provides an accessible overview for students, practitioners and researchers in public health, health promotion, health policy and related fields.

## ► Fraude sociale

35907

DOCUMENT DE TRAVAIL

JOUBERT (N.)

Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale. (A.C.O.S.S.). Direction des Statistiques des Etudes et de la Prévision. Paris. FRA

### ***Processus de détection et évaluation de la fraude sociale.***

Paris : ACOSS : 2007/09 : 25p.

Cote Irdes : B6171

Cet article présente un modèle économétrique de fraude aux cotisations sociales qui tient compte du processus de contrôle et de détection des comportements frauduleux par les organismes de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale (Urssaf). L'introduction de ce double processus dans le modèle permet de corriger deux biais importants et, par conséquent de proposer une évaluation non biaisée de la fraude dans la zone étudiée. Le premier biais est inhérent aux données issues des contrôles « sélectifs » des cotisants supposés à risque. Le second est lié à la possible non-détection de l'intégralité de la fraude lors des contrôles. Un système d'équations simultanées censurées a été spécifié afin de procéder aux estimations sur les données individuelles des petites et moyennes entreprises de l'agglomération lyonnaise. Les estimations des paramètres sont obtenues par la méthode du maximum de vraisemblance. Nos résultats confirment que le biais de sélection conduit à surestimer la fraude, tandis que le biais de détection a tendance à la sous-estimer. Selon nos résultats, le premier biais est nettement plus élevé que le second. In fine, en l'absence de correction de ces deux biais, la fraude serait surestimée d'environ 13%.

35908

DOCUMENT DE TRAVAIL

JOUBERT (N.), CORNU PACHET (M.)

Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale. (A.C.O.S.S.). Direction des Statistiques - des Etudes et de la Prévision. Paris. FRA

***Fraude sociale et dispositif de répression.***

Paris : ACOSS : 2007/09 : 26p., tabl.

Cote Irdes : B6172

[http://www.acoss.urssaf.fr/index.php?option=com\\_docman&task=view\\_docrec&Itemid=5562](http://www.acoss.urssaf.fr/index.php?option=com_docman&task=view_docrec&Itemid=5562)

Les dispositifs de répression de la fraude consistent généralement à sélectionner un échantillon de ménages ou d'entreprises " à risque " sur la base d'informations administratives ou statistiques, puis à contrôler cet échantillon. Or, ces contrôles ciblés sont peu adaptés pour évaluer l'ampleur de la fraude. L'exploitation des informations obtenues est en effet susceptible de conduire à une estimation biaisée de l'observation des règles fiscales ou sociales dans le pays et de l'ampleur des activités souterraines au sens large. L'Acoss et les Urssaf ont donc développé des programmes d'audits aléatoires pour évaluer l'ampleur de la sous-déclaration des cotisations de Sécurité sociale, en s'affranchissant des biais liés aux programmes sélectifs. Cet article fournit, à partir des données recueillies lors de contrôles sur le secteur HCR (hôtels, cafés, restaurants), une première évaluation du montant des cotisations éludées du fait du recours au travail dissimulé. On montre aussi que le dispositif de contrôle aléatoire a conduit à une nette hausse des montants des salaires déclarés au Régime général de Sécurité sociale par les établissements contrôlés. Cet effet est mesuré à l'aide d'une méthode microéconométrique d'évaluation permettant de prendre en compte un éventuel biais de sélection dû à des variables inobservables.

## ► Historique

33884

OUVRAGE

TABUTEAU (D.), BENKIMOUN (P.)

SAOUT (C.) / préf.

***Les nouvelles frontières de la santé : comment serons-nous soignés demain ?***

Paris : Editions Jacob-Duvernet : 2006 : 214p.

Cote Irdes : A3525

La médecine fait des progrès constants. Bonne nouvelle, dira-t-on. Oui, mais quelles en sont les conséquences ? Vieillesse de la population, augmentation de la dépendance, développement des soins préventifs, modification de la consommation des soins, évolution des métiers médicaux et paramédicaux... Et surtout, quel en est - et quel en sera à l'avenir - le coût pour soi et pour le système de protection sociale ? En effet, au-delà du problème concret d'adaptation des institutions sanitaires et des assurances santé, c'est la conception même de la médecine et des soins qui est désormais en question. Quelles sont les limites des progrès médicaux, tant en matière de soins que de prévention ? Comment notre système de santé (des hôpitaux à la médecine de ville et aux caisses d'assurance maladie) va-t-il réagir à ces nouvelles données ? Jusqu'où, d'ailleurs, doit-il s'adapter ? C'est à ces problématiques, ainsi qu'à bien d'autres questions qui concernent la société dans son ensemble et chacun en particulier, que répond Didier Tabuteau, expert des questions de santé (4e de couverture).

## ► Performance

36138

RAPPORT

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles.

BEL

***Euro Health consumer index 2007.***

Indice européen des consommateurs de soins de santé 2006.

Bruxelles : Health Consumer Powerhouse : 2007 : 51p., tabl.

Cote Irdes : B6188

[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)

L'Indice européen des consommateurs de soins de santé propose un classement annuel des systèmes nationaux de soins de santé européens au travers de cinq facteurs-clés

pour le consommateur : l'information et les droits des patients, le temps d'attente d'obtention des traitements représentatifs, les résultats des soins, la générosité du système et l'accès aux médicaments. L'Indice est déterminé à partir d'une combinaison de statistiques publiques et de recherches indépendantes et il est présenté sous la forme d'une matrice conviviale et respectueuse du consommateur. L'Indice est établi par Health Consumer Powerhouse, un centre d'étude et d'information établi à Bruxelles. Cet Indice classe les systèmes nationaux des soins de santé en se plaçant du point de vue du consommateur.

36421

DOCUMENT DE TRAVAIL  
IACONE (F.), MARTIN (S.), SICILIANI (L.), SMITH (P.C.)  
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Modelling the dynamics of a public health care system : evidence from time-series data.***

*Modélisation de la dynamique du système de santé public : résultats issus de données de séries temporelles.*

CHE Research Paper Series ; 29.

York : University of York : 2007/05 : 24p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp29.pdf>

The English National Health Service was established in 1948, and has therefore yielded some long time series data on health system performance. Waiting times for inpatient care have been a persistent cause of policy concern since the creation of the NHS. This paper develops a theoretical model of the dynamic interaction between key indicators of health system performance. It then investigates empirically the relationship between hospital activity, waiting times and population characteristics using aggregate time-series data for the NHS over the period 1952-2005. Structural Vector Auto-Regression suggests that in the long run: a) higher activity is associated with lower waiting times (elasticity = -0.9%); b) a higher proportion of old population is associated with higher waiting times (elasticity = 1.6%). In the short run, higher lagged waiting time leads to higher activity (elasticity = 0.2%). We also find that shocks in waiting times are countered by higher activity, so the effect is only temporary, while shocks in activity have a permanent effect. We conclude that policies

to reduce waiting times should focus on initiatives that increase hospital activity.

## ► Planification sanitaire

35720

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GRAVELLE (H.), SICILIANI (L.)  
University of York. Department of Economics and Related Studies. York. GBR

***Third degree waiting time discrimination : optimal allocation of a public sector health care treatment under rationing by waiting.***

*La discrimination au troisième degré par le temps d'attente : allocation optimale des traitements médicaux du secteur public sous rationnement par liste d'attente.*

Discussion Papers in Economics ; n° 2007/22.

York : University of York : 2007/06 : 18p., fig.

Cote Irdes : B6123

In many public health care systems treatment is rationed by waiting time. We examine the optimal allocation of a fixed supply of a treatment between different groups of patients. Even in the absence of any distributional aims welfare is increased by third degree waiting time discrimination. Because waiting time imposes dead weight losses on patients, lower waiting times should be offered to groups with higher marginal waiting time costs and with less elastic demand for the treatment.

35726

RAPPORT  
DE MAESENEER (J.), WILLEMS (S.), DE SUTTER (A.), VAN DE GEUCHTE (I.), BILLINGS (M.)

***Primary health care as a strategy for achieving equitable care : a literature review commissioned by the Health System Knowledge Network.***

*Les soins de santé primaires en tant que stratégie pour atteindre l'équité des soins : revue de la littérature commandité par le Health System Knowledge Network.*

Johannesburg : Centre for Health Policy : 2007 : 39p., fig.

Cote Irdes : B6128

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/primary\\_health\\_care\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf)

This paper is a literature review which discusses the following issues : the health system as a social determinant of health; definition and evolution of the concept of primary health care; What are the main features of primary health care that make it useful as a strategy for promoting equity and intersectoral action ?; enabling and limiting factors that account for achievements and failures of a strategy based on primary health care; what policy measures are needed to enhance the impact of primary health care on health equity ?

36621

OUVRAGE

RANKIN (J.), ALLEN (J.), BROOKS (R.)  
Institute For Public Policy Research. (I.P.P.R.).  
Londres. GBR

**Great expectations : achieving a sustainable health system.**

*De grandes espérances : comment réussir un système de santé viable ?*

Londres : IPPR : 2007 : 48p., tabl.

Cote Irdes : A3650

<http://www.ippr.org.uk/publicationsandreports/publication.asp?id=560>

It has long been understood that rising public expectations are one of the main cost pressures on the health service. This study assess how policymakers can reconcile high and rising public expectations with the need for a health system that is financially and politically sustainable. High expectations are not a bad thing. Both as taxpayers and service users, it is right and necessary that the public has high expectations about what public services can deliver. The public's expectations play a vital role in holding politicians and providers to account and maintaining momentum for progress and improvement. However, when expectations become unrealistic, this creates problems for the service. This is because expectations, often refracted through the media, can drive the health system in inappropriate ways. In this report we assess expectations as one of a number of cost pressures on the NHS. Particularly, we assess how, since 1997, the Labour Government has attempted to meet expectations through reform and increased funding but has simultaneously raised people's expectations. With the NHS turning sixty in 2008 and rates of spending growth set to slow significantly, this is a timely moment to revisit the service's aims and objectives. We argue that while there is no sudden move to

NHS independence, there should be a move to greater local accountability, including Foundation Primary Care Trusts being established. There should be greater political and public recognition about the limits to the NHS, including the existence and need for rationing, and an expanded role for NICE allowing it to assess all new treatments and drugs for cost efficacy within a reasonable timeframe.

## ► Programmes de santé

36170

OUVRAGE

WISMAR (M.) / éd. , BLAU (J.N.) / éd. ,  
ERNST (P.) / éd. , FIGUERAS (J.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Observatoire Européen des Systèmes et des  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe.**

*L'efficacité de l'évaluation de l'impact sanitaire.  
Portée et limites de sa contribution à l'aide à la  
décision en Europe.*

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :  
2007 : 291p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6203

<http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf>

Health impact assessment (HIA) is a support tool for intersectoral decision- and policy-making. It is employed to assess the potential health consequences of pending decisions and it feeds this information back into the decision-making process. This book provides a detailed map of the use of HIA in Europe across a large range of sectors, including transport, environment, urban planning and agriculture, and at national, regional and local levels. It also reviews the implementation and institutionalization of HIA with a specific focus on governance, financing, resource generation and delivery. The effectiveness of HIA is explored and analysed in 17 case studies using a common analytical approach. The research also identifies factors contributing to the effectiveness of HIA. Overall the book demonstrates that HIA can be effective. It also reveals the uneven development and incomplete institutionalization of HIA across Europe. The book is based on a European research project that received funding under the European Union Public Health Work Programme. The research was lead by the European Observatory on Health Systems and Policies and included research teams from 19 countries.



## ► Promotion de la santé

36171

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BAYARSAIKHAN (D.), MUISER (J.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Genève. CHE

### **Financing health promotion.**

*Financement de la promotion de la santé.*

Genève : OMS : 2007 : 25p.

Cote Irdes : B6204

[http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_07\\_4-health\\_promotion.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf)

This paper explores how health promotion can be integrated in health system financing schemes. The analysis departs from the health systems financing framework and is based on the health financing functions: revenue collection, pooling and purchasing. Examples from different countries are presented to illustrate a number of innovative financing options for health promotion. Countries that aim to achieve universal access to cost-effective programs of this kind are recommended to exert efforts in securing adequate funds for health promotion. Furthermore, they are advised to develop multifaceted financing strategies, including ways to encourage efficient behaviour on the health care market.

## ► Qualité des soins

34852

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

### **Health care quality indicators project. Patient safety data systems in the OECD : a report of a joint irish department of health - OECD conference.**

*Projet Indicateurs de la qualité des soins de santé. Les systèmes d'information sur la sécurité des patients : rapport de la conférence organisée conjointement par le ministère irlandais de la santé et l'OCDE.*

Paris : OCDE : 2006/03/09 : 35p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5961

<http://www.oecd.org/dataoecd/12/4/38705981.pdf>

Dans ce rapport sont présentées les conclusions de la première réunion du sous-groupe sur la sécurité des patients du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI), qui a eu lieu les 29 et 30 juin à Dublin (Irlande). Cette conférence a été organisée conjointement par le ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance et l'OCDE. Elle a rassemblé des représentants des administrations nationales et des experts internationaux qui ont examiné et analysé la situation actuelle concernant les systèmes de données sur la sécurité des patients dans l'ensemble de la zone de l'OCDE, et les obstacles qui s'opposent à leur amélioration (Résumé d'auteur).

36172

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GARCIA ARMESTO (S.), GIL LAPETRA (M.L.), WEI (F.), KELLEY (E.)  
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

### **Health care quality indicators project. 2006 data collection update report.**

*Projet Indicateurs de la qualité des soins de santé. Rapport sur la collecte 2006 de données réactualisées.*

OCDE Health Working Papers ; 29

Paris : OCDE : 2007 : 157p., tabl.

Cote Irdes : B6205

<http://www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf>

Le présent rapport est une version actualisée du document de travail de l'OCDE sur la santé n 22 intitulé Health Care Quality Indicators Project : Initial Indicators Report, établi sur la base des données rassemblées en 2003/2005 et publié en 2006. Ce rapport présentait les travaux initiaux de l'OCDE concernant l'élaboration d'une série d'indicateurs sur la qualité des soins de santé qui pourraient être utilisés pour tenter d'expliquer les différences en matière de qualité de soins entre les pays. Le rapport 2006 portait sur 21 « indicateurs initiaux » pour lesquels 24 pays avaient communiqué des données ; il a été estimé que 17 de ces indicateurs se prêtaient à des comparaisons internationales et que quatre d'entre eux nécessitaient des travaux approfondis. A la suite de la publication du rapport en mars 2006, l'OCDE a entamé un deuxième

me cycle de collecte de données relatives à la série initiale d'indicateurs et a entrepris de recueillir pour la première fois des données sur de nouveaux indicateurs par le biais d'un questionnaire adressé aux pays participants au projet HCQI. Le présent rapport fait état des résultats du deuxième cycle de collecte de données. Il contient des données sur la série élargie d'indicateurs considérés comme se prêtant à des comparaisons internationales, soit des données portant sur 19 indicateurs (17 indicateurs existants et 2 nouveaux). Il présente également les données fournies en ce qui concerne 7 autres indicateurs dont on estime qu'ils ne se prêtent pas encore à des comparaisons internationales. Les données communiquées émanent cette fois de 32 pays (des pays de l'Union européenne qui ne sont pas membres de l'OCDE ont été invités à participer au projet).

## ► Régulation

35711

OUVRAGE  
DUVAL (J.)

### ***Le mythe du «trou de la sécu».***

Paris : Raisons d'Agir : 2007 : 135p.

Cote Irdes : A3612

<http://www.amazon.fr/mythe-du-trou-S%C3%A9cu/dp/2912107342>

A en croire les médias et les débats politiques, la Sécurité sociale serait menacée de faillite par un déficit abyssal. Pour faire face à l'augmentation des dépenses et au vieillissement de la population, notre système de protection sociale, créé en 1945 pour donner la garantie à chaque homme qu'en toutes circonstances il pourra assurer sa subsistance et celle de personnes à sa charge, serait condamné à se réformer sans cesse : déremboursements, réduction des prestations, hausse des cotisations, voire privatisation. Chercheur au CNRS, Julien Duval renverse les termes du problème : il n'y a pas de déficit de la Sécu mais un besoin de financement que les gouvernements successifs ont décidé de ne pas satisfaire en multipliant depuis 1993 les exonérations de charges sociales. En effet, l'affaiblissement de la protection sociale découle non pas d'arbitrages techniques mais d'un choix politique: le transfert généralisé des risques du capital vers le travail (4è de couverture).

35845

OUVRAGE

BARDY (G.)

### ***Le livre noir de la santé.***

Paris : L'Archipel : 2007 : 354p.

Cote Irdes : A3620

<http://www.amazon.fr/livre-noir-sant%C3%A9-G%C3%A9rard-Bardy/dp/2841879631>

Hôpitaux dangereux, services d'urgence au bord de l'asphyxie, Sécurité sociale en péril, personnels soignants mal formés, hygiène en question, vétusté des établissements, négligences en tout genre... Naguère désigné par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le meilleur au monde, le système de santé à la française menace ruine. Légalité d'accès aux soins ? Un mythe. La médecine à plusieurs vitesses ? Un fait. Notre consommation de médicaments, la plus importante d'Europe, assèche les caisses et cause plus de dix mille décès accidentels par an. Des populations entières sont traitées dans des conditions déplorables, notamment les personnes âgées. Les déserts médicaux gagnent du terrain dans les zones rurales et les banlieues. Les infirmières fuient les hôpitaux publics, dont 75 % sont en déficit. Les médecins, eux, sont au bout du rouleau. Et les étudiants appelés à les remplacer sont déjà découragés... Depuis trente ans, les ministres passent, sans qu'aucune mesure soit parvenue à combler le déficit abyssal de l'assurance maladie. L'hôpital, ce bateau ivre ingouvernable, est-il impossible à réformer ? S'appuyant sur des études connues des seuls milieux médicaux, ce Livre noir dresse le vrai « bilan de santé » de la France (4e de couverture).

## ► Satisfaction des usagers

34736

RAPPORT

Cercle Santé Société. (C.S.S.). Paris. FRA,  
Europ Assistance. Paris. FRA

### ***Les soins de santé en Europe : un modèle d'efficacité et de solidarité ? Présentation en avant-première du 1er baromètre paneuropéen Cercle Santé-Europ Assistance. Synthèse.***

Paris : Cercle Santé Société : 2007/01/25 : 32p.

Cote Irdes : C, B5941

[http://www.cerclesantesociete.fr/IMG/ppp/Synthese\\_Barometre\\_Francais.ppt](http://www.cerclesantesociete.fr/IMG/ppp/Synthese_Barometre_Francais.ppt)

Ce document présente la synthèse des résultats du Baromètre paneuropéen Cercle Santé-Europ Assistance qui ont été présentés à l'oc-

casation des Entretiens du Cercle Santé Société, le 25 janvier 2007 au Sénat. Ce Baromètre est une enquête par sondage afin de mieux comprendre les relations et les pratiques que les citoyens européens entretiennent avec leurs systèmes de santé respectifs (perception de la qualité des soins, financement, mobilités, usages des nouvelles technologies, vieillissement et dépendance, modes de vie, etc.). Ce sondage est réalisé par l'Institut CSA auprès de 2500 citoyens d'Allemagne, de France, d'Italie, du Royaume-Uni et de Suède.

## PROTECTION SOCIALE

### ► Ctip

34679

RAPPORT

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. (C.R.E.D.O.C.). Département Evaluation des Politiques Sociales. Paris. FRA

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

**Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises : 7ème baromètre des institutions de prévoyance CTIPICREDOC réalisé en février/mars 2007.**

Paris : CREDOC : 2007 : 32p., tabl.

Cote Irdes : B5921

[http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/70C\\_4.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/70C_4.pdf)

Depuis 1999, le CREDOC a mis en place à la demande du CTIP un baromètre sur les attentes des salariés et des responsables de PME en matière de couverture prévoyance. L'objet de cette enquête, reconduite pour la septième année consécutive est double : évaluer la satisfaction et connaître les attentes des salariés et des employeurs (entreprises de moins de 200 salariés) en matière de garanties et de services ; mesurer l'image des institutions de prévoyance auprès des salariés et des employeurs, et suivre son évolution. Ce rapport rend compte des résultats de cette enquête.

35867

RAPPORT

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

**Rapport annuel 2006 du CTIP.**

Paris : CTIP : 2007/09 : 46p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, B6161

[http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/314C\\_4.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/314C_4.pdf)

Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) présente l'activité des 62 institutions de prévoyance membres du CTIP pour l'année 2006 : la prévoyance collective, les activités des institutions, les institutions adhérentes, l'action sociale, l'organisation du CTIP...

### ► Financement

34734

RAPPORT

ARTHUIS (J.)

Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA

**Rapport d'information sur la TVA sociale comme mode alternatif de financement de la Sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises françaises et l'emploi.**

Paris : Sénat : 2007/03 : 61p.

Cote Irdes : B5943

<http://www.senat.fr/rap/r06-283/r06-2831.pdf>

Le rapport d'information fait au nom de la commission des Finances du Sénat sur le thème de la TVA sociale comme mode alternatif de financement de la Sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises françaises et l'emploi identifie les avantages et inconvénients de la TVA sociale.

35727

RAPPORT

MAAREK (G.)

**La réforme du financement de la protection sociale. Essais comparatifs entre la «TVA sociale» et la «TVA emploi».**

Nice : Edhec business school : 2007/07 : 19p., tabl.

Cote Irdes : B6129

[http://professoral.edhec.com/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?ID\\_FICHIER=8393](http://professoral.edhec.com/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?ID_FICHIER=8393)

Cette étude montre que le gain attendu d'une baisse de 25 milliards d'euros des cotisations sociales (salariales ou employeurs), soit 3,8 % de la masse salariale brute (660 Mds d'euros) compensée par une hausse de 3,6 points de

TVA, aurait sur le long terme un effet positif mais modéré sur l'emploi (+61 000 emplois) et permettrait une amélioration du solde du commerce extérieur (les importations baissent de 0,3 % ; les exportations sont plus soutenues avec une croissance de +1,7 %). Ces effets positifs de long terme sont cependant largement relativisés par des risques inflationnistes de court terme. En effet, la baisse des prix hors taxes n'est à court terme que de 0,3 %, contre 2,8 % attendue à long terme. Elle ne suffit donc pas à contrarier la hausse des prix de détail, soit 1,2 %, résultant immédiatement de l'augmentation du taux de TVA. Sur le marché du travail, les mécanismes d'indexation continuant de jouer, le taux de salaire brut augmente en proportion. Le risque existe donc que s'enclenche une spirale prix-salaires, qui pourrait contrarier la baisse des prix de production et à terme annuler voir renverser les résultats positifs de long terme. L'EDHEC souligne que la « TVA Sociale » présente également un risque non négligeable de dégradation des comptes publics. En effet, la réussite des objectifs de long terme passe par une hausse de TVA qui, à court terme, pourrait ne pas compenser la perte de recettes liées à la baisse des cotisations sociales et aggraverait le déficit de 5,2 milliards d'euros. En conclusion de cette étude et compte tenu des risques de court terme, l'EDHEC maintient sa position en faveur de la « TVA Emploi ».

35835

RAPPORT

BESSON (E.)

Premier Ministre. Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective et de l'Evaluation des Politiques Publiques. Paris. FRA

**TVA sociale.**

Paris : Premier Ministre : 2007/09 : 159p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6146

[http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/TVA\\_sociale\\_rapport\\_remis\\_par\\_Eric\\_Besson.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/TVA_sociale_rapport_remis_par_Eric_Besson.pdf)

Réalisé à la demande du Gouvernement de François Fillon, ce rapport décrit les avantages qu'il y aurait à instaurer une TVA sociale en France. Ces avantages se situent au niveau économique (meilleure compétitivité de l'économie française), fiscale (amélioration de l'assiette de fiscalisation), sociale (régulation du marché du travail et financement de la protection sociale). Le rapport termine sur les principaux mécanismes économiques en jeu et les résultats des simulations macroéconomiques.

35848

RAPPORT

LAGARDE (C.)

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

**Etude sur la possibilité d'affecter une partie de la TVA au financement de la protection sociale en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail : note d'étape.**

Paris : Premier Ministre : 2007/09 : 20p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6152

[http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/TVA\\_sociale\\_rapport\\_d\\_etape\\_remis\\_par\\_Christine\\_Lagarde.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/TVA_sociale_rapport_d_etape_remis_par_Christine_Lagarde.pdf)

Le principe de la TVA sociale est de substituer une fraction de la TVA à des cotisations sociales assises sur les seuls salaires. Mettre en place la TVA sociale ne consisterait donc pas à accroître le montant des prélèvements obligatoires, mais à substituer un prélèvement à un autre. La présente note ne se prononce pas sur le principe de la création d'une TVA sociale. Elle identifie les prélèvements qui pourraient être réduits en contrepartie d'une hausse de TVA et dégage quelques options en expertisant leur faisabilité technique, juridique et financière. Selon les promoteurs de la TVA



sociale, l'assiette de la TVA serait moins localisable et plus large que celle des cotisations : la TVA taxe en effet tous les produits consommés, quelle que soit l'origine – salariale ou non salariale – des revenus et quelle que soit l'origine géographique des produits. Cet élargissement de l'assiette permettrait en principe de baisser le coût du travail, ce qui aurait pour effet : • de stimuler l'emploi dans tous les secteurs, qu'ils soient exposés ou abrités de la concurrence internationale ; • d'améliorer la compétitivité des produits français puisque les exportations bénéficieraient de la baisse de charges tandis que les importations seraient renchériées par la hausse de TVA. C'est à ce titre que la TVA sociale est parfois comparée à une dévaluation monétaire. Une hausse de TVA aurait également un effet sur le niveau des prix, faute d'une répercussion rapide et complète auprès du consommateur final d'une baisse des charges sur les entreprises. Cette hausse aurait probablement des répercussions, du moins à court terme, sur la consommation et la croissance. Fondée sur les travaux d'expertise réalisés par les différentes directions concernées du ministère de l'Economie des Finances et de l'Emploi, en liaison avec celles du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, cette note d'étape présente sous quelles conditions les enchaînements qui viennent d'être rapidement décrits pourraient se matérialiser si la décision d'instaurer une TVA sociale était prise. Etant donné l'impact conjoncturel probable qu'aurait l'introduction d'une TVA sociale, les moyens d'atténuation de ces effets sont également étudiés. Sans se prononcer sur l'opportunité de mettre en place la TVA sociale, quelques enseignements peuvent être tirés de ces premiers travaux.

35856

RAPPORT

BRIET (R.), FRAGONARD (B.), LANCRY (P.J.)

Mission Bouclier Sanitaire. Paris. FRA

**Mission bouclier sanitaire.**

Paris : MSSPS : 2007/09 : 57p., tabl.

Cote Irdes : B6156

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000602/0000.pdf>

Le bouclier sanitaire a pour objectif d'instituer un plafond des restes à charge (RAC) supportés par les patients sur la dépense remboursable. En dessous du seuil, les tickets modérateurs et participations forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré ; au-delà, l'assurance maladie lui garantirait une couverture inté-

grale. Ce rapport présente les objectifs de la réforme (meilleure protection pour certains ménages aux revenus modestes, ciblage de la prise en charge à 100 % sur les seuls assurés qui supportent des RAC élevés, meilleur pilotage des dépenses de santé, modulation du plafond, amélioration du suivi des maladies chroniques...). Il analyse la portée et l'impact de la réforme, donne les résultats des simulations, propose des scénarii de repli, évalue ses effets sur la consommation, les incidences sur les couvertures complémentaires, ainsi que le sort de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) et de l'ACS (aide complémentaire santé). Il évoque les problèmes de mise en oeuvre (champ d'application, suivi de la consommation des soins, gestion du critère de revenu...), notamment dans les établissements de santé. Il donne enfin des pistes alternatives en cas de renonciation au bouclier sanitaire. De nombreuses annexes illustrent ce rapport, en particulier les systèmes de plafonnement du RAC en Belgique et en Allemagne.

36098

RAPPORT

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

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 et annexes.**

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2007 :  
Pagination multiple., ann.

Cote Irdes : B6173

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2008/lfss2008.htm>

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

36150

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

***La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens.***

St Denis la Plaine : HAS : 2007/09 : 41+58p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6201

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation\\_patients\\_5\\_pays\\_eur\\_annexes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur_annexes.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation\\_patients\\_5\\_pays\\_eur.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur.pdf)

Ce rapport propose une analyse des mécanismes de participation financière aux dépenses de santé des patients dans cinq pays européens : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. L'organisation générale du système de santé est très différente selon les pays : des systèmes largement bismarckiens en Allemagne et en Belgique ; des systèmes dans lesquels tout ou partie de l'assurance maladie obligatoire est gérée par des assureurs privés aux Pays-Bas et en Suisse ; un système national de santé décentralisé en Suède. De plus, les sources de financement des dépenses de santé sont aussi relativement différentes selon les pays. Ces cinq systèmes ont toutefois pour point commun d'offrir à la population un accès relativement large aux soins et aux produits de santé : le « panier de soins » est comparable dans ces pays. Les différences observées en termes de répartition des dépenses entre acteurs ne traduisent donc pas un désengagement du secteur public (au sens large) pour certains types de biens et services mais des différences en termes de participation financière des patients.

36151

FASCICULE

CARRE (M.), CARTON (B.), GAUTHIER (S.)  
Centre d'Etudes Prospectives et d'Informations Internationales. (C.E.P.I.I.). Paris. FRA

***Financement de la protection sociale : l'attrait des grandes assiettes.***

Paris : CEPII : 2007/08 : 4p., tabl.

Cote Irdes : Dossier de presse - Protection sociale

L'idée qu'une baisse des cotisations sociales compensée par une hausse de la TVA pourrait favoriser l'emploi et la compétitivité fait l'objet de débats. Cet article montre ici qu'une telle

mesure n'est pas neutre à long terme : à situation budgétaire inchangée, les effets des allègements de cotisations devraient l'emporter et favoriser l'emploi, quoique modestement. A court terme cependant, si la mesure améliore la compétitivité, elle détériore le pouvoir d'achat des ménages. Par ailleurs, des calculs menés à un niveau sectoriel fin montrent que cette substitution ne bénéficie pas de la même façon à tous les secteurs : dans les activités haut de gamme, qui forment le cœur de la spécialisation européenne, les gains de compétitivité sont très faibles. Le dilemme est alors le suivant : favoriser la demande de travail non qualifié à long terme ou renforcer la compétitivité des secteurs exposés à court terme. Enfin, d'une façon générale, l'efficacité de la mesure n'est pas indépendante des effets redistributifs qu'elle produit, que ce soit au sein des secteurs, des entreprises ou des ménages.

36315

RAPPORT

MARINI (P.)

Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA

***Rapport d'information sur les prélèvements obligatoires : Quels changements d'assiette pour les prélèvements obligatoires et sociaux ?***

Paris : Sénat : 2007/10 : 93p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6219

<http://www.senat.fr/rap/r07-060-2/r07-060-21.pdf>

Dans la perspective de la revue générale des prélèvements obligatoires à laquelle doit se livrer le gouvernement pour le printemps 2008, la commission des finances a voulu, à l'occasion du débat consolidé organisé chaque année au Sénat avant les discussions de la loi de finances et de la loi de financement de la Sécurité sociale, insister sur trois thèmes qui ont pour point commun de concerner l'assiette des prélèvements et sa définition : la TVA sociale, la fiscalité environnementale et, en dernier lieu, la question de la fraude et des niches en matière de prélèvements fiscaux et sociaux. A chacun de ces niveaux, il convient de chercher à susciter ou à rétablir la « dynamique de l'assiette », dont le pays a besoin pour rester compétitif et préserver l'attractivité de son territoire. Le présent rapport est, pour la première fois, accompagné d'une annexe statistique, destinée à servir de référence pour donner un aperçu, aussi exhaustif et cohérent

que possible, de l'évolution récente des prélèvements fiscaux et sociaux.

36374

RAPPORT  
VASSELLE (A.)

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

**Rapport d'information sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.**

Paris : Sénat : 2007/10 : 233p.

Cote Irdes : B6247

<http://www.senat.fr/rap/r07-066/r07-0661.pdf>

Les déficits structurels qui affectent aujourd'hui les branches Maladie et Vieillesse de la Sécurité sociale obligent à conduire une action vigoureuse pour maîtriser les dépenses. Or, cette démarche, certes prioritaire, ne suffira pas pour faire face à l'évolution prévisible des besoins d'une population vieillissante. Préparer l'avenir suppose donc aussi : la mobilisation de nouvelles ressources, dont l'assiette de prélèvement doit être à la fois productive, compatible avec l'ouverture de notre économie et socialement acceptée ; un pilotage plus efficace des finances publiques, tenant compte de la diversité des budgets de l'Etat, de la Sécurité sociale et des collectivités locales, tout en offrant une vision globale des prélèvements obligatoires opérés sur nos concitoyens. De nombreux débats, parfois polémiques, ont été ouverts dans ces deux directions. La Mecss a souhaité en rendre compte pour forger sa propre doctrine sur les options à retenir : doit-on remplacer les cotisations assises sur les salaires par une taxe d'assiette plus large tenant compte de la valeur ajoutée ; par exemple, la TVA sociale ? Doit-on préconiser la fusion des lois de finances et des lois de financement ? Certaines branches de la Sécurité sociale, la branche Famille notamment, devraient-elles être budgétisées ? Au terme d'un long travail préparatoire, la Mecss a constaté une convergence de vues sur la nécessité d'écarter des solutions inadaptées qui créeraient plus de difficultés qu'elles n'en résoudraient et a recensé d'autres pistes, à son sens plus prometteuses, que le présent rapport se propose d'explorer.

36628

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CUFF (C.), HURLEY (J.), MESTELMAN (S.)  
et al.

McMaster University. Department of Economics. Ontario. CAN

**Public and private health care financing with alternative public rationing rules.**

*Financement des soins de santé publiques et privés par des règles alternatives publiques de régulation*

Department of Economics Working Paper Series ; n° 2007-07.

Ontario : McMaster University : 2007/10 : 43p., tabl.

Cote Irdes : B6304

<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2007-07.pdf>

We develop a model to analyze health care financing arrangements and under alternative public sector rationing rules. Health care is demanded by individuals varying in income and severity of illness. There is a limited supply of health care resources used to treat individuals, causing some individuals to go untreated. We examine outcomes under full public finance, full private finance, and mixed, parallel public and private finance under two rationing rules for the public sector: needs-based rationing and random rationing. Insurers (both public and private) must bid to obtain the necessary health care resources to treat their beneficiaries. While the public insurer's ability-to-pay is limited by its (fixed) budget, the private insurer's willingness-to-pay reflects the individuals' willingness-to-pay for care. When permitted, the private sector supplies supplementary health care to those willing and able to pay. The introduction of private insurance diverts treatment from relatively poor to relatively rich individuals. Moreover, if the public insurer allocates care according to need, the average severity of the untreated is higher in a mixed system than in a pure public system. While we can unambiguously sign most comparative static effects for a general set of distribution functions for income and severity, a complete analysis of the relationship between public sector rationing and the scope for a private health insurance market requires distributional assumptions. For a bivariate uniform distribution function we find that the private health insurance market is smaller when the public sector rations according to need as compared to random allocation of health care.

36653

RAPPORT

JEGOU (J.J.)

Sénat. Commission des Finances - du  
Contrôle Budgétaire et des Comptes Econo-  
miques de la Nation. Paris. FRA

***Avis sur le projet de loi de financement de  
la Sécurité sociale pour 2008 adopté par  
l'Assemblée nationale.***

Paris : Sénat : 2007 : 247p., tabl.

Cote Irdes : B6321

<http://www.senat.fr/rap/a07-073/a07-0731.pdf>

Cet avis rassemble une analyse sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008, qui devrait permettre de corriger de 4 milliards d'euros l'évolution tendancielle des comptes sociaux, en ramenant le déficit du régime général à 8,8 milliards d'euros, et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des fonds (Fonds de solidarité vieillesse et Fonds de financement des prestations sociales des nonsalariés agricoles) à 9,7 milliards d'euros. La structure même du déficit du régime général devrait évoluer en 2008, puisque deux branches – famille et accidents du travail – devraient connaître un excédent, de même que le Fonds de solidarité vieillesse. La situation reste néanmoins préoccupante, comme le montre la fixation à un niveau « record » du plafond d'avances de trésorerie du régime général. Il en va de même s'agissant des projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement, qui ne laissent pas entrevoir de résorption rapide des déficits sociaux. A cet égard, le présent projet de loi de financement apparaît comme un projet de loi de transition, en attendant les résultats des chantiers annoncés par le Président de la République et le rendez-vous sur le financement des régimes de retraites prévu en 2008. Cet avis ne peut qu'encourager les pouvoirs publics à poursuivre dans la voie de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, à se pencher sur la question du dynamisme des prestations de retraite, qui contribue à dégrader dangereusement le solde de la branche vieillesse et à proposer un mode de financement de notre système de protection sociale qui soit à la fois pérenne et adapté aux mutations de l'économie.

36655

RAPPORT

VASSELLE (A.), LARDEUX (A.), LECLERC  
(D.), DERIOT (G.),

Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
(C.A.S.). Paris. FRA

***Projet de loi de financement de la Sécurité  
sociale pour 2008. 7 tomes.***

Paris : Sénat : 2007 : 83p.+61p.+47p.+78p.+3  
7p.+308p.+262p., tabl.

Cote Irdes : B6323/1-7

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-1/l07-072-11.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-2/l07-072-21.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-3/l07-072-31.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-4/l07-072-41.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-5/l07-072-51.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-6/l07-072-61.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/l07-072-7/l07-072-7.pdf>

Ce rapport examine le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2008. Il rassemble les analyses, propositions et amendements de la Commission des affaires sociales du Sénat relatifs aux aspects suivants : équilibres financiers généraux, assurance maladie, famille, assurance vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, examens des articles modifiés par l'Assemblée nationale et tableaux des amendements.

## ► Historique

34748

FASCICULE

JEANDET-MENGUAL (E.), LOSSON (J.),  
BOURGUEIL (Y.) et al.

ARCEGA (G.) / coord., BIGOT (C.) / coord.

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité So-  
ciale. (E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA

***Les niveaux du système de santé et leur  
organisation dans le domaine de l'assurance  
maladie et de la santé publique.***

REGARDS : 2007/01 : n° 31 : 219p., carte

Cote Irdes : A3566

<http://www.en3s.fr/spip.php?rubrique93>

Ce numéro de la revue Regards dresse un bilan des niveaux du système de santé français et de leur organisation dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé publique. Il comporte trois parties : évolution de la protection sociale en France, management de la protection sociale, regards des acteurs. Il aborde plus particulièrement les notions de



«territoire» au niveau de la planification sanitaire et de «contrats» comme outil de régulation des dépenses de santé à l'hôpital et en médecine de ville.

35268

OUVRAGE

DREYFUS (M.), RUFFAT (M.), VIET (V.),  
VOLDMAN (D.), VALAT (B.)

Institut d'Histoire du Temps Présent. (I.H.T.P.).  
Paris. FRA

***Se protéger, être protégé : une histoire des assurances sociales en France.***

Rennes : Presses Universitaires de Rennes :  
2006 : 347p., tabl.

Cote Irdes : A3592

Cet ouvrage collectif marque une étape importante dans la connaissance des systèmes de protection sociale en France à partir d'un bilan des enquêtes départementales des correspondants de l'Institut d'Histoire du Temps Présent sur les Assurances sociales. Tout ne débute pas avec la création de la Sécurité sociale au lendemain de la seconde guerre mondiale. Un des grands mérites de cet ouvrage est de remettre en perspective la manière dont notre système actuel s'est élaboré. Au début était l'assistance libre, l'épargne. Avec la République, le système se complexifie faisant se côtoyer, prévoyance libre, assistance et l'ébauche d'un système d'assurances avec la loi sur les Retraites Ouvrières et Paysannes de 1910 assurant au salarié touchant moins de 3000 francs par mois un revenu. La loi ne remplit pas réellement ses objectifs mais pose les linéaments d'un système de prévoyance dont un des paradoxes, en ses premiers temps, est la portée nationale des lois l'organisant dans différents secteurs mais dont l'application relève des autorités locales ou départementales. La première guerre mondiale joue un rôle fondamental dans la construction d'une protection sociale généralisée par la remise en cause de l'ordre social et économique de l'avant-guerre. Ainsi que le signalent les auteurs, le Welfare State naît en partie du Warfare State tant le conflit déstabilisa les revenus des classes moyennes laissant ouverte la question de la protection sociale. Les lois sur les Assurances sociales de 1928 et 1930 sont issues de cette recomposition sociale de 1914-1918. Trois grands principes structurent cet ensemble législatif : l'obligation d'assurance sous un certain plafond de revenu, l'unité de l'assurance et la double contribution employeur-assuré, ce qui ne manqua pas de susciter les protestations des communistes, des syndicalistes unitaires pour qui ce système faisait doublement

payer le salarié. La complexité du système transparaît à travers la deuxième partie du livre consacrée à l'organisation des caisses départementales, entre gestionnaires choisis par les assurés, l'Etat, les employeurs. Les mutuelles et leurs administrateurs s'impliquent fortement dans la gestion des caisses loin devant les syndicalistes de la CGT favorables au projet, qui peinent à trouver des adhérents pour leurs caisses : le Travail. L'extension du système d'obligation des Assurances sociales ne va pas sans opposition, celles des médecins, attentifs à maintenir une médecine libérale, celles des propriétaires fonciers peu disposés à donner ce statut d'assuré aux salariés agricoles. La structure extrêmement complexe des Caisses n'empêcha pas la progression de la prévention et prépare le basculement vers la Sécurité sociale qui naît après guerre. Les nouveautés introduites reposaient sur la mise en place d'un système unique pour la gestion des grands risques sociaux s'adossant à une caisse unique par circonscription. La participation des syndicalistes, de tous les syndicalistes était acquise, toute prévention principielle étant tombée depuis l'unification syndicale de 1935. Mais la volonté unitaire de prévoyance ne résista pas aux régimes spéciaux, commerçants artisans, etc., dont la juxtaposition avec la structure unitaire donne son profil aux systèmes d'assurance sociale en France. L'ouvrage est de qualité, d'une complexité certaine mais a la vertu de proposer une nouvelle grille de lecture des années 1910-1930 à travers la construction d'un Etat social par la codification, la contractualisation de relations de travail. Il dégage la période de la simple histoire politique, de la République à la crise des années 1930 pour restituer une profondeur à la fois sociale et étatique à une histoire de l'entre-deux guerres encore à travailler. Ainsi, à travers ce regard oblique, une hypothèse naît sur la manière dont les communistes intègrent la République, participent à la gestion sociale, revendiquent un Etat protecteur. Ne faut-il pas y voir une forme d'acculturation née dans les rouages de système lié à l'Etat social dont les Caisses d'assurances sociales sont un des éléments, la Sécurité sociale, favorisé par la réunification syndicale de 1936. De façon plus large, ne faut-il pas voir dans les Caisses d'Assurance sociale, le lieu de formation d'une collaboration entre les différents acteurs de la solidarité sociale, fonctionnaires, mutualistes, syndicalistes, politiques dont l'alliance locale, territoriale fonde une cohésion sociale assez remarquable dans les années 1940-1980. En conclusion, ce livre explore les pistes encore méconnues de l'histoire de la prévoyance sociale autant qu'il ouvre des possibilités de recherche.

36175

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BARBIER (J.C.)

***The french social protection system in the throes of reform (1975-2007).***

Le système de protection sociale français aux prises avec les réformes (1975-2007).

Paris : Centre d'Economie de la Sorbonne :  
2007 : 22p.

Cote Irdes : B6208

<ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/CES2007/RO7048.pdf>

Le système de protection sociale français a connu, au cours des 30 dernières années, une série de réformes dont l'ampleur, souvent méconnue, en fait vraiment «un nouveau système ». Ces réformes sont loin d'avoir connu leur terme. Leur rythme et leur forme, de même que leurs spécificités sectorielles sont aussi à mettre en rapport avec le cycle économique. Loin de montrer une trajectoire simple, qui correspondrait à la traditionnelle classification en « welfare regimes », la réforme illustre au contraire à la fois le caractère hybride du système français, ancré dans l'histoire, et donc une dépendance de l'histoire complexe, plus qu'une dépendance du sentier. Au moment où le gouvernement français annonce une grande variété de réformes sociales, il est intéressant de les confronter à celles des décennies précédentes. Ce travail s'appuie sur l'ouvrage écrit avec Bruno Théret : « Le nouveau système français de protection sociale ».

## ► Justice sociale

35192

OUVRAGE  
POWERS (M.), FADEN (R.)

***Social justice : the moral foundations of public health and health policy.***

Justice sociale : les fondations morales de la santé publique et de la politique de santé.

Oxford : Oxford University Press : 2006 :  
229p., index

Cote Irdes : A3587

Develops a theory of social justice that can cope with the specific context of health care policy, although indeed it can also be applied to education, employment opportunities, and other social problems where resources are limited. This book is of interest to bioethicists, and social/political philosophers.

## ► Régime agricole

34929

RAPPORT  
JUILHARD (J.M.)  
Sénat. Commission des Affaires Sociales.  
(C.A.S.). Paris. FRA

***Rapport d'information sur la protection sociale agricole.***

Paris : Sénat : 2007 : 104p., annexes

Cote Irdes : B5981

<http://www.senat.fr/rap/r06-304/r06-3041.pdf>

Le rapport de la Cour traite brièvement, mais sans éluder ce point sensible, de la question du déficit du Ffipsa. Il comporte quatre parties distinctes : le rappel des particularités de la protection sociale agricole ; - une longue présentation de l'organisation et de la gestion de la mutualité sociale agricole (MSA) ; - une analyse approfondie de la notion de parité de prestations et de cotisations du régime agricole, par rapport au régime général ; - une description synthétique des modes de financement et de l'équilibre financier du Ffipsa.

## ► Régime minier

35852

DIPLOMES  
BLANCHARD (C.), COLLE (H.), DELAITRE (C.), HUE (S.), KARASZEK (C.), KASTEL (M.P.), KNOCKAERT (F.R.), MARTIN-GARNIER (D.), NAUCHE (M.), SEWASTIANOW (K.), WITTMANN (E.)  
TORTUYAUX (J.D.) / dir.  
Ecole Nationale de Santé Publique.  
(E.N.S.P.). Rennes. FRA

***La médecine minière : un exemple à suivre ?***

Mémoire de l'ENSP : module interprofessionnel de santé publique ; groupe 17-2007.

Rennes : ENSP : 2007 : 37p.

Cote Irdes : c, B6154

Après un historique sur le régime minier, ce diplôme analyse l'évolution du régime depuis la réforme du 1er janvier 2005 due à la baisse du nombre de ses cotisants. Cette réforme concerne le mode de gestion et l'ouverture de l'offre de soins minier à l'ensemble des assurés sociaux.

35853

DOSSIER DOCUMENTAIRE

TORTUYAUX (J.D.)  
Ecole Nationale de Santé Publique.  
(E.N.S.P.). Rennes. FRA

**La médecine minière : un exemple à suivre ?**

Rennes : ENSP : 2007 : (80p.)

Cote Irdes : c, B6154bis

Cette publication constitue le dossier documentaire préalable à la réalisation du mémoire sur le régime minier en France. Après un historique sur le régime minier, ce diplôme analyse l'évolution du régime depuis la réforme du 1er janvier 2005 due à la baisse du nombre de ses cotisants. Cette réforme concerne le mode de gestion et l'ouverture de l'offre de soins minier à l'ensemble des assurés sociaux.

## Retraite

34633

RAPPORT

DOMEIZEL (C.), LECLERC (D.)

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

**Rapport d'information sur les mécanismes  
de compensation démographique vieillesse.**

Paris : Sénat : 2006/12 : 78p., tabl.

Cote Irdes : B5907

<http://www.senat.fr/rap/r06-131/r06-1311.pdf>

Les mécanismes de compensation au sein de la branche vieillesse ont été institués en 1974 pour corriger l'effet des déséquilibres démographiques entre les différents régimes et pour faciliter leur rapprochement progressif. Le rapport dresse un bilan critique de ces mécanismes de compensation et s'interroge sur l'avenir de la compensation, sur l'intérêt d'une réforme et sur les alternatives possibles à la compensation.

36627

RAPPORT

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

**Retraites : 20 fiches d'actualisation pour le  
rendez-vous 2008. Cinquième rapport.**

Paris : COR : 2007/11 : 208p., tabl., graph.,  
ann.

Cote Irdes : B6303

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-831.pdf>

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre du « rendez-vous sur les retraites » prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Cette loi institue, en effet, des rendez-vous quadriennaux destinés à faire le point sur les régimes de retraite, en fonction des données démographiques, économiques, financières et sociales. Le présent rapport est constitué de 20 fiches regroupées en quatre chapitres qui concernent : - le « rendez-vous de 2008 » et son contexte, qui touche à la fois à l'emploi (notamment l'emploi des seniors, les comportements de départ en retraite et les départs anticipés pour carrière longue), à la situation financière des régimes et au niveau de vie des retraités et des actifs ; - les perspectives résultant des projections à long terme (2020-2050) : les hypothèses d'évolution à long terme du système de retraite, les perspectives financières (scénario de base et variantes), l'évolution à long terme du niveau des pensions, ainsi que les grands principes du pilotage du système de retraite (l'abaque) ; - l'analyse des questions qui, aux termes de la loi de 2003, doivent être explicitement débattues au cours du rendez-vous : les conditions de l'équilibre financier, l'allongement de la durée d'assurance, la revalorisation des pensions, les minima de pension et les petites retraites ; - une série d'autres questions qui devraient être abordées au cours de ce rendez-vous : le droit à l'information, l'égalité entre hommes et femmes, les droits conjugaux et familiaux, l'égalité des droits en fonction des parcours professionnels, la question de la pénibilité, les régimes spéciaux, le fonds de réserve pour les retraites, l'épargne retraite. Le Conseil d'orientation des retraites inscrit ses analyses et ses propositions dans le choix d'un système de retraite, ayant pour socle la répartition et qui doit permettre de garantir sur le long terme, dans la sauvegarde de l'équilibre financier qui conditionne sa pérennité, l'équité et la solidarité entre les assurés et entre les générations.

36633

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Direction des Affaires Economiques et Monétaires. Bruxelles. BEL, European Commission. Directorate-General For Economic and Financial Affairs. Brussels. BEL

***Pensions schemes and projection models in EU-25 member states.***

*Régimes de retraite et modèles de projections au sein des 25 pays membres de l'Union Européenne.*

Bruxelles : Communauté Européenne : 2007/11 : 377p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes : B6308

[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2007/pensions\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2007/pensions_en.pdf)

This paper reviews the public pension schemes and the pension models used for the projections carried out by the Economic Policy Committee and the European Commission on age-related expenditure in 2005. The pension schemes are described as they were in force in 2005, including the effects of pension reforms enacted by mid-2005 even though the implementation of reforms would occur over a longer period of time. This reflects the practice applied in the projections as to what was included in the projections. While the pension expenditure projections covered apart from public pensions also statutory private funded pensions and in some countries occupational pensions, the paper focuses primarily on public pension schemes. These constitute the predominant part of pension expenditure in almost all Member States and they were the primary target of the exercise. While a great deal of the projection exercise was done in a centralised way, notably population, labour force and macroeconomic projections, pension expenditure were projected by national authorities by using their national models in order to benefit of the country-specific knowledge on greatly differing pension systems and to improve the accuracy of the projections for pensions. This paper aims at contributing to the comparability of the pension projections across Member States and to make the projections transparent and better understandable through country-specific descriptions of the pension systems and the models used for the projection exercise.

34657

DOCUMENT DE TRAVAIL

ARNTZ (M.), SACCHETTO (R.), SPERMANN (A.), STEFFES (S.), WIDMAIER (S.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***The german social long-term care insurance : structure and reform options.***

*Assurance des soins de longue durée en Allemagne : structure et options de réforme.*

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2007/02 : 25p., tabl.

Cote Irdes : B5918

<http://ftp.iza.org/dp2625.pdf>

Regarding social needs in Germany long-term care is an important issue due to an ageing population. Shrinking social networks are leading to a greater need for a public long-term care system. In 1995 the social long-term care insurance was introduced in Germany. In recent years some drawbacks of the social long-term care insurance structure turned out to be in need of reform: While health insurance is a fully comprehensive system, long-term care insurance only provides limited cover. Therefore, insurance funds have an incentive to shift some services from health care to long-term care insurance. Additionally, there is no free competition on the long-term care market because care packages included in the in-kind transfers are negotiated (with respect to services and prices) between insurance funds and professional care providers. Finally, the financial situation of the German social long-term care insurance is tight. While in the first years after introduction the net results of revenues and expenditures were positive they have been negative since 1999 which is due to an increasing number of benefit recipients. Therefore, we discuss several reform options which have been proposed in order to overcome the financial and structural problems. Suggestions for the income side include the introduction of fixed premiums, a fully funded system, a private insurance, or a citizens' insurance. The introduction of individual budgets is the most popular option for the outcome side. A social experiment is under way in order to evaluate the impact of so-called matching transfers.



## ► Solidarité

35219

OUVRAGE  
PAUGAM (S.) / éd.

### ***Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales.***

Paris : PUF : 2007 : 980p.

Cote Irdes : A3589

La solidarité constitue le socle de ce que l'on pourrait appeler l'homo sociologicus : l'homme lié aux autres et à la société non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son humanité. Mais, comme Durkheim le soulignait déjà à la fin du XIXe siècle, le risque n'existe-t-il pas que cette interdépendance fonctionnelle soit sans cesse un peu plus méconnue et que les individus, à mesure que croissent leur autonomie et leur liberté, se sentent libérés de toute dette à l'égard des générations antérieures, peu sensibles au destin des générations futures, et finalement hostiles à l'idée d'une redistribution à l'égard des plus défavorisés ? En tant que contrat social, la solidarité doit être réévaluée à l'aune des défis auxquels les sociétés modernes sont confrontées en ce début de XXIe siècle: crise de la société salariale, inégalités entre les générations, inégalités de genre, discriminations multiples, ségrégations urbaines et scolaires intenses, dont les effets suscitent un doute sur nos modèles d'intégration. Les cinquante contributeurs de ce volume ont recherché les moyens d'aborder ces questions en refusant les solutions simplistes. C'est dans le dessein de clarifier le débat et de dissiper les fréquentes confusions entourant les questions de solidarité, qu'ils s'adressent ici aux universitaires, aux responsables politiques, au patronat, aux associations : en bref, à tous les citoyens attentifs aux enjeux des réformes à venir (4ème de couv.).

## PRÉVENTION - SANTÉ

## ► Accidents vasculaires cérébraux

36137

RAPPORT  
BARDET (J.)

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

### ***La prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux.***

Paris : Assemblée Nationale : 2007/09 :

315p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : B6187

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-off/i0236.pdf>

L'AVC est une pathologie redoutée et encore peu comprise. La nature des soins délivrés doit répondre aujourd'hui à une double contrainte : la spécialisation des soins, motivée par les récents progrès thérapeutiques, et l'accessibilité des soins, justifiée par l'urgence attachée à l'administration de traitements actifs. Ces contraintes imposent des choix structurants pour l'organisation de la filière de prise en charge. La première partie du présent rapport rappelle les enjeux d'une prise en charge précoce des AVC. Politique de santé dont les prémices ont été posées il y a maintenant presque dix ans par la Société française neuro-vasculaire, la politique de prise en charge des AVC a maintenant trouvé ses marques, à défaut de disposer des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Dans cette démarche de structuration de la filière, la répartition des rôles entre l'État et les acteurs de santé a été tracée : l'État harmonise et donne aux acteurs régionaux les instruments nécessaires pour organiser l'offre de soins locale. À l'État de montrer qu'il est capable d'impulser un effort décisif pour améliorer la prise en charge des victimes d'AVC. La deuxième et la troisième parties du présent rapport dressent un bilan de la situation et dégagent une série de propositions susceptibles d'améliorer la prise en charge précoce des AVC.

## ► Comportement de santé

35869

RAPPORT  
IFOP. Paris. FRA

### **Comment les Français gèrent-ils leur santé ? Baromètre santé Kiria-Philips - 2ème édition.**

Paris : IFOP : 2007/09/11 : 36p.

Cote Irdes : C, B6163

<http://www.ifop.com/europe/docs/BaroSante2.pdf>

Pour la deuxième année consécutive, l'Ifop a réalisé pour Kiria et Philips un Baromètre qui mesure l'opinion des Français sur leur état de santé, les différents moyens auxquels ils ont recours pour rester en forme et, plus généralement, leur opinion sur le système de santé en France. La typologie des comportements des Français vis-à-vis de leur santé élaborée en 2006 avait permis de définir quatre grandes catégories. Elle se confirme cette année et fait apparaître à nouveau deux groupes de Français qui s'occupent régulièrement d'eux-mêmes - les «Classiques» et les «Préventifs» - et deux autres groupes qui s'impliquent moins dans leur santé - les «Fatalistes» et les «Insouciant».

## ► Maladies chroniques

36682

RAPPORT, CONGRES  
ROSEN (R.), ASARIA (P.), DIXON (A.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

### **Improving chronic management : an anglo-american exchange.**

*Comment améliorer la gestion des maladies chroniques : un échange anglo-américain.*

Policy seminar : 2006/3

Londres : King's Fund Institute : 2007 : 19p., tabl.

Cote Irdes : B6325

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/improving\\_1.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/improving_1.html)

The prevalence of chronic disease is rising and many health systems are now seeking to improve the way they respond to the needs of patients with chronic illnesses. The King's Fund and the Commonwealth Fund of New York sponsored a seminar bringing together leading policy-makers, clinicians and academics from England and the USA to share experi-

ences. The seminar looked at the policy context in each country for chronic disease management, identified facilitators and barriers to success and explored methods for evaluating chronic disease management programmes. This report from the seminar includes six case studies of chronic disease improvement programmes.

## ► Obésité

34926

RAPPORT  
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

### **Livre blanc. Une stratégie pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité.**

Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés européennes : 2007 : 13p.

Cote Irdes : B5984

L'objet du présent Livre blanc est de définir une approche européenne intégrée qui permette de réduire les problèmes de santé dus à la mauvaise nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité. Le présent Livre blanc s'inspire d'initiatives récemment prises par la Commission, notamment la plate-forme européenne d'action pour la nutrition, l'activité physique et la santé, et le Livre vert intitulé « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques ».

35181

RAPPORT  
BRANCA (F.) / éd., NIKOGOSIAN (H.) / éd., LOBSTEIN (T.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK

### **The challenge of obesity in the WHO european region and the strategies for response. Summary.**

*Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé.*

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2007 : 60p., fig.

Cote Irdes : A3581

<http://www.euro.who.int/document/E90159.pdf>

L'obésité pose un défi de santé publique sans précédent en Europe, un défi qui a été non seulement sous-estimé et incorrectement évalué, mais aussi que les autorités n'ont pas pleinement reconnu en tant que problème stratégique aux conséquences économiques non négligeables. La présente publication est la synthèse d'une série d'études réalisées à la demande du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans le cadre de la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité organisée à Istanbul (Turquie) en novembre 2006. Cette publication décrit l'ampleur du problème et ses conséquences pour le secteur de la santé et d'autres secteurs, ainsi que les interventions nécessaires pour interrompre et, par la suite, inverser cette tendance à la hausse. Les politiques nationales et régionales y sont résumées afin de mettre en exergue la prévention des maladies et la promotion de la santé au niveau des populations, les interventions ciblant les personnes particulièrement vulnérables et les traitements et soins efficaces apportés aux patients atteints d'obésité.

## ► Santé mentale

36433

OUVRAGE

COLDEFY (M.) / coord.

MASSE (G.) / préf., CHALEIX (M.) / introd.

***La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques.***

Paris : La documentation française : 2007 : 314p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3642

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

Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant à améliorer la connaissance de l'offre de soins des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie (4e de couverture).

## ► Tabagisme

35184

RAPPORT

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

***The European tobacco control report 2007.***

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2007 : 155p., tabl., fig., annexes.

Cote Irdes : A3582

<http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf?language=French>

Ce rapport décrit la situation en matière de lutte antitabac et le statut des politiques mises en place dans la Région européenne de l'OMS à la fin de 2006. Il passe en revue les progrès réalisés consécutivement à l'adoption par les États membres de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac en 2002, et établit une base de référence pour le suivi de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région. Le document donne un aperçu de la situation en ce qui concerne la consommation du tabac et ses conséquences nuisibles dans la Région au cours de la période 2002-2006. Il examine les politiques adoptées par les États membres et l'application des mesures de lutte antitabac au niveau national conformément aux recommandations mentionnées dans la Stratégie européenne pour la lutte antitabac. Le rapport analyse également les politiques mises en œuvre dans les pays à la lumière des exigences de la Convention-cadre de l'OMS. Il est accompagné de plusieurs brèves études de cas nationales, régionales et sous-régionales illustrant les enseignements tirés et les défis posés au cours du processus d'élaboration des politiques.

35435

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Eurobaromètre. Bruxelles. BEL

***L'attitude des Européens à l'égard du tabac.***

Bruxelles : Communauté européenne : 2007/05 : 52p.+annexes, tabl., fig.

Cote Irdes : B6051

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_fr.pdf)

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_239\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_239_fr.pdf)

Les principaux sujets abordés dans cette enquête sont les suivants : le niveau et la fréquence de la consommation de tabac ; les tentatives pour arrêter de fumer ; le niveau d'exposition à la fumée de tabac à la maison, au travail et dans les lieux publics ; les attitudes envers les politiques anti-tabac ; la connaissance des problèmes causés par le tabac.

36681

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRIGNON (M.)

McMaster University. Center for Health Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.). Ontario. CAN

***Using cigarette taxes when smokers are heterogeneous : evidence on hyperbolic preferences, endogenous preferences, smoking, and price elasticity of smoking in France.***

*Utilisation des taxes sur la cigarette quand les fumeurs sont hétérogènes : évidence sur les préférences hyperboliques, les préférences endogènes, le tabagisme et l'élasticité-prix du tabagisme en France.*

Chepa working paper series ; n° 07-10.

Ontario : McMaster University : 2007 : 45p., tabl.

Cote Irdes : B6324

<http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+07-10.pdf&tabid=130&mid=450>

The author uses a unique dataset to estimate the relationship between time preferences, social capital, and the decision to start and quit smoking. He finds impatient respondents do not differ much from patient ones, but quasi-hyperbolic respondents tend to smoke more often and have much more difficulties quitting. He also finds that trust in the community protects from starting and helps quitting, but sense of control encourages starting smoking. These preliminary results strongly suggest that smokers form a heterogeneous population: the author argues that such heterogeneity means that taxes on cigarettes are a blunt and inefficient instrument of public health.

## ► Troubles musculo-squelettiques

36357

RAPPORT

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.(E.F.I.L.W.C.). Dublin. IRL

***Managing musculoskeletal disorders.***

*Gérer les troubles musculo-squelettiques.*

Dublin : European Foundation : 2007/10 : 114p., ann.

Cote Irdes : B6224

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0611018s/tn0611018s.pdf>

Work-related musculoskeletal disorders (MSDs) is the most widespread occupational-related illness in the European Union. However, despite this prevalence, there have been few efforts to estimate the overall costs of the illness. Statistics on MSDs tend to underestimate the extent while failing to take the national situation and changing work context into account. Researchers agree that nowadays MSDs which are directly linked to strenuous working conditions are on the decline, while those related to stress and work overload are increasing. Organisational problems can be at the root of MSDs, and a participatory approach to prevention policies has found to be effective. The study was compiled on the basis of individual national reports submitted by the EWCS (European Working Conditions Surveys) correspondents. The text of each of these national reports is available below. The reports have not been edited or approved by the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. The national reports were drawn up in response to a questionnaire and should be read in conjunction with it.

## Comptes de la Sécurité sociale

35834

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

**La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement.**

Paris : Cour des Comptes : 2007/09 : 469p., tabl.

Cote Irdes : Bc6145

<http://www.comptes.fr/CC/documents/RELSS/07-securite-sociale.pdf>

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Ce rapport présente une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de Sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes (article LO 132-3 du code des juridictions financières). La première partie du présent rapport examine la situation des comptes sociaux en 2006. La deuxième partie, consacrée à l'examen de divers aspects de la gestion des régimes de Sécurité sociale, comprend douze chapitres consacrés respectivement à la fiabilité des comptes des hôpitaux, aux contrôles des Corec, à l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général, à la nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie, aux médecins libéraux, à la dépense de médicaments, au partage de données entre les systèmes d'information en santé, aux aides publiques des familles et à l'avenir du régime agricole.

36438

RAPPORT

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

**Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2006 - Prévisions 2007 et 2008. Tome 1.**

Paris : MSSPS : 2007/09 : 278p., tabl., graph.

Cote Irdes : Bc6286/1

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2007/ccss200709t1.pdf>

Ce rapport présente une actualisation des prévisions des comptes de la Sécurité sociale pour 2007 et des premiers comptes prévision-

nels pour 2008. Un second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général.

36439

RAPPORT

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

**Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2006 - Prévisions 2007 et 2008. Tome 2.**

Paris : MSSPS : 2007/09 : 259p.

Cote Irdes : Bc6286/2

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2007/ccss200709t2.pdf>

Ce rapport présente une actualisation des prévisions des comptes de la Sécurité sociale pour 2007 et des premiers comptes prévisionnels pour 2008. Ce tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général. Un premier tome présente les comptes du régime général.

## Coût de la maladie

34869

OUVRAGE

CHISHOLM (D.)

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

**Dollars, DALYs and decisions : economic aspects of the mental health system.**

Dollars, espérance de vie sans incapacité et décisions : aspects économiques du système de santé mentale.

Genève : OMS : 2006 : 56p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5965

The widening recognition of mental health as a significant international public health issue has led to an increasing need to demonstrate that investment of resources into service development is both required and also worthwhile. In particular, there is a need to generate evidence on mental health care strategies that are not only effective and appropriate but are also cost-effective and sustainable. Aimed at health policy-makers and service researchers with an interest in strengthening mental health systems, this publication sets out to highlight the need for and relevance of an economic dimension to decision-making and to summarise



results from existing mental health economic analyses.

35707

DOCUMENT DE TRAVAIL

BROOKMEYER (R.), JOHNSON (E.), ZIEGLER-GRAHAM (K.), ARRIGHI (H.M.)

John Hopkins University. Department of Biostatistics. Baltimore. USA.

***Forecasting the global burden of Alzheimer's disease.***

Prévoir le fardeau global de la maladie d'Alzheimer.

Baltimore : John Hopkins University. Department of Biostatistics : Working paper n° 130 : 2007 : 22p.

Cote Irdes : B6114

<http://works.bepress.com/rbrookmeyer/23/>

The goal was to forecast the global burden of Alzheimer's disease and evaluate the potential impact of interventions that delay disease onset or progression. Methods: A stochastic multi-state model was used in conjunction with U.N. worldwide population forecasts and data from epidemiological studies on risks of Alzheimer's disease. Findings: In 2006 the worldwide prevalence of Alzheimer's disease was 26.6 million. By 2050, prevalence will quadruple by which time 1 in 85 persons worldwide will be living with the disease. We estimate about 43% of prevalent cases need a high level of care equivalent to that of a nursing home. If interventions could delay both disease onset and progression by a modest 1 year, there would be nearly 9.2 million fewer cases of disease in 2050 with nearly all the decline attributable to decreases in persons needing high level of care. Interpretation: We face a looming global epidemic of Alzheimer's disease as the world's population ages. Modest advances in therapeutic and preventive strategies that lead to even small delays in Alzheimer's onset and progression can significantly reduce the global burden of the disease.

36198

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTLER (D.M.)

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

***The lifetime costs and benefits of medical technology.***

Coûts de la durée de vie et avantages de la technologie médicale.

NBER Working Paper Series ; n° 13478.

Cambridge : NBER : 2007/10 : 30p., tabl.+ annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13478>

Measuring the lifetime costs and benefits of medical technologies is essential in evaluating technological change and determining the productivity of medical care. Using data on Medicare beneficiaries with a heart attack in the late 1980s and 17 years of follow up data, I evaluate the long-term costs and benefits of revascularization after a heart attack. I account for non-random selection into treatment with instrumental variables; following McClellan, McNeil, and Newhouse, the instrument is the differential distance to a hospital capable of providing revascularization. The results show that revascularization is associated with over 1 year of additional life expectancy, at a cost of about \$40,000. Revascularization, or other treatments correlated with it, appears to be highly cost-effective.

## ► Dépenses hospitalières

34381

DOCUMENT DE TRAVAIL

CASTELLI (D.A.), SMITH (P.C.)

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

***Circulatory disease in the NHS : measuring trends in hospital costs and output.***

*Maladies circulatoires au sein du NHS : mesurer les tendances en matière de coûts hospitaliers et de sorties.*

CHE Research Paper Series ; n° 21.

York : University of York : 2006/12 : 68p., tabl., fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp21.pdf>

Following the publication of the Atkinson Review of the measurement of government outputs in the National Accounts, there has been great interest in measuring the productivity growth of the National Health Service. Such macro measures of productivity are important when deciding how much public money to devote to the NHS, and in holding the NHS to account. However, it is also important to gain an understanding of the productivity of individual programmes of care, so as to ensure that resources are allocated efficiently within the NHS. Hitherto, such information has not been available. This report is an exploratory

study of the feasibility and usefulness of developing measures of growth in outputs, costs and productivity of a single programme of care within the NHS: hospital treatment of circulatory diseases.

## ► Dépenses pharmaceutiques

35118

RAPPORT

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

### ***Drug expenditure in Canada 1985 to 2006.***

Les dépenses pharmaceutiques au Canada de 1985 à 2006.

Ottawa : C.I.H.I. : 2007 : 123p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6004

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_750\\_E&cw\\_topic=750&cw\\_rel=AR\\_80\\_E - full](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_750_E&cw_topic=750&cw_rel=AR_80_E - full)

Since 1985, drug expenditure has consumed an increasing share of Canada's health care dollar. In 2006, spending on drugs is expected to have reached \$25.2 billion, representing 17% of total health care spending. Among major categories of health expenditure, drugs account for the second largest share, after hospitals. Drug Expenditures in Canada 1985-2006, in the series of National Health Expenditure Database Reports, updates trends in drug spending in Canada between 1985 and 2006, primarily from retail establishments, in total, by public and private payers, and by type of drug (prescribed and non-prescribed). Provincial and territorial comparisons are included. International trends are updated based on data from the OECD.

36202

DOCUMENT DE TRAVAIL

LAKDAWALLA (D.), SOOD (N.)

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

### ***The welfare effects of public drug insurance.***

*Effets bénéfiques de la couverture des dépenses pharmaceutiques.*

NBER Working Paper Series ; n° 13501.

Cambridge : NBER : 2007/10 : 35p., tabl.+ annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13501>

Rewarding inventors with inefficient monopoly power has long been regarded as the price of encouraging innovation. Public prescription drug insurance escapes that trade-off and achieves an elusive goal: lowering static deadweight loss, while simultaneously encouraging dynamic investments in innovation. As a result of this feature, the public provision of drug insurance can be welfare-improving, even for risk-neutral and purely self-interested consumers. In spite of its relatively low benefit levels, the Medicare Part D benefit generate \$3.5 billion of annual static deadweight loss reduction, and at least \$2.8 billion of annual value from extra innovation. These two components alone cover 87% of the social cost of publicly financing the benefit. The analysis of static and dynamic efficiency also has implications for policies complementary to a drug benefit: in the context of public monopsony power, some degree of price-negotiation by the government is always strictly welfare-improving, but this should often be coupled with extensions in patent length.

## ► Dépistage

36443

DOCUMENT DE TRAVAIL

FRANCESCONI (C.), LAUNOIS (R.)

Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé. (R.E.E.S.). Paris. FRA, Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA

### ***Evaluation du coût du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein.***

Paris : REES : 2007 : 32p.

Cote Irdes : C, B6289

[http://www.rees-france.com/IMG/pdf/PL\\_7091\\_Cte\\_Pilotage\\_Institut\\_Cancer\\_.pdf](http://www.rees-france.com/IMG/pdf/PL_7091_Cte_Pilotage_Institut_Cancer_.pdf)

Cette étude analyse le coût du dispositif du dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein en France afin de prévoir les besoins de financement des structures de gestion en fonction de l'évolution des taux de participation.

## ► Maladies professionnelles

35863

RAPPORT  
BRAS (P.L.)

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

**Réformer la tarification pour inciter à la prévention - Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux.**

Paris : Igas : 2007 : 147p., ann.

Cote Irdes : B6157

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000551/0000.pdf>

Par lettre en date du 6 avril 2005, le ministre délégué aux relations du travail et le secrétaire d'état à l'assurance maladie annonçaient aux organisations siégeant à la commission AT-MP de la CNAMTS la création d'un groupe de travail. Comme l'indique la lettre des ministres, la création de ce groupe de travail faisait suite au Plan Santé au Travail du 17 février 2005. Ce plan prévoyait la création de ce groupe pour appuyer la démarche de négociation des partenaires sociaux prévue par l'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale, démarche qui «devait notamment rendre la tarification plus incitative et développer ainsi la prévention». Le groupe de travail animé par M. Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, a associé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale du travail, la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), la Direction du budget, la Direction générale du trésor et de la Politique économique et la direction générale de la forêt et des affaires rurales. Le présent rapport retrace les résultats des travaux conduits par le groupe ainsi que les propositions qu'il a formulées.

36093

OUVRAGE  
LEIGH (J.P.), MARKOWITZ (S.), FAHS (M.),  
LANDRIGAN (P.)

**Costs of occupational injuries and illnesses.**

Coûts des accidents et des maladies  
professionnelles.

Ann Arbor : The University of Michigan  
Press : 2003 : 13-310p., tabl., index

Cote Irdes : A3622

<http://books.google.fr/books?id=OFbCs5INwFwC&pg=PP1&ots=fDu5MAFQDf&dq=Costs+of+occupational+injuries+and+illnesses&sig=mN1G>

YgFqmn3n3zR-enSKGP\_aVns - PPP1,M1

Most of us between the ages of 22 and 65 spend 40 to 50, percent of our working hours at work. Every year, million of us suffer injuries, diseases, and deaths in our workplaces. Yet little effort has been made to estimate either the extent of these injuries, deaths, and diseases or their cost to the economy. Thus, important questions about workplace safety and the economic resources expended due to workplace health problems remain unanswered. In this study, we address these questions by presenting estimates of the incidence, prevalence, and costs of workplace-related injuries, illnesses, and deaths for the entire civilian workforce of the United States in 1992. This book also considers controversies surrounding cost methodologies, estimate how these costs are distributed across occupations, consider who pays the costs, and address some policy issues.

## ► Pollution

36337

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire de  
l'Environnement et du Travail. (A.F.S.S.E.T.).  
Maison-Alfort. FRA

**Impacts économiques des pathologies liées à la pollution - Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution : Illustration avec l'asthme et le cancer.**

Maison Alfort : Afsset : 2007/10 : 139p.

Cote Irdes : B6250

[http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/199449568351424520580609788717/couts\\_assurance\\_maladie\\_pathologies\\_pollution.pdf](http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/199449568351424520580609788717/couts_assurance_maladie_pathologies_pollution.pdf)

Cette étude a considéré d'une part l'évaluation des effets des modifications de l'environnement sur la santé, d'autre part l'évaluation économique de ces effets. En fonction des données disponibles, deux pathologies ont été retenues pour cette étude : l'asthme et les cancers. Il a été évalué que le coût de traitement de l'asthme imputable à la pollution atmosphérique extérieure non biologique était compris entre 200 et 800 millions d'euros pour l'année 2006 en estimant que 10 à 35 % des cas d'asthme étaient attribuables à l'environnement et après extrapolation des dépenses estimées pour l'année 1999 (avec un taux de progression de + 43 %) ; le coût de la prise en charge des soins du cancer attribuable à l'en-



vironnement est de l'ordre de 100 à 500 millions d'euros en 2004, avec une fraction attribuable à l'environnement pour tous les cancers variant entre 1 et 5 %. Compte tenu des fortes incertitudes portant sur les données disponibles, le groupe d'étude recommande d'approfondir les connaissances autant dans le champ de l'évaluation sanitaire qu'économique avec le développement d'indicateurs synthétiques de santé à l'instar de certains travaux développés au niveau européen ou international. Il recommande également la mise en place d'un processus d'expertise collective utilisant les compétences spécifiques afin de réaliser des évaluations économiques les plus complètes possibles permettant d'apprécier l'ensemble du retentissement de l'environnement sur la santé, en se concentrant sur les pathologies considérées comme prioritaires par les pouvoirs publics. Les risques liés à l'environnement professionnel devront également être considérés afin de développer des mesures de prévention efficaces.

## ► Programmes de santé

36836

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MARTIN (S.), RICE (N.), SMITH (P.C.)  
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

### ***Further evidence on the link between health care spending and health outcomes in England.***

*Données complémentaires sur le lien existant entre dépenses de santé et résultats des programmes de santé en Angleterre.*

CHE Research Paper Series ; n° 32.  
York : University of York : 2007/12 : 50p., tabl.  
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp32.pdf>

This report describes results from research funded by the Health Foundation under its Quest for Quality and Improved Performance (QQulP) initiative. It builds on our earlier report for the Health Foundation – The link between health care spending and health outcomes: evidence from English programme budgeting data – that took advantage of the availability of a major new dataset to examine the relationship between health care expenditure and mortality rates for two disease categories (cancer and circulation problems) across 300 English Primary Care Trusts. Our results are useful from a number of perspectives. Scienti-

fically, they confirm our previous findings that health care has an important impact on health across a range of conditions, suggesting that those results were robust across programmes of care and across years. From a policy perspective, these results can help set priorities by informing resource allocation across a larger number of programmes of care. They also add further evidence to help NICE decide whether its current QALY threshold is at the right level.

## ► Vieillessement

34689

RAPPORT  
DORMONT (B.), HUBER (H.)

### ***Causes of health expenditure growth: the predominance of changes in medical practices over population ageing.***

*Les facteurs de la hausse des dépenses de santé : les changements intervenus dans les pratiques médicales prévalent sur le vieillissement démographique.*

Paris : EURISCO : 2006 : 39p., graph.  
Cote Irdes : B5965

L'accroissement des dépenses de santé en France peut être expliqué par trois facteurs 1) l'effet démographique, 2) les changements au niveau de la morbidité à un âge donné et 3) les changements au niveau des pratiques, pour un âge donné et un niveau de morbidité. L'objectif de cet article est d'évaluer et d'interpréter les effets respectifs de ces trois facteurs.

34865

RAPPORT  
COSTA-FONT (J.), WITTENBERG (R.),  
PATXOT (C.), COMAS-HERRERA (A.), GORI  
(C.), DI MAIO (A.), PICKARD (L.), POZZI  
(A.), ROTHGANG (H.)  
Fundacion de Estudios de Economia Aplicada. (F.E.D.E.A.). Madrid. ESP

### ***How does demography affect long-term care expenditures projections ? Evidence of four european Union member states.***

*De quelle manière la démographie affecte-t-elle les projections des dépenses de soins de longue durée ? Résultats dans quatre pays membres de l'Union Européenne.*

Madrid : FEDEA : 2007/02 : 31p., tabl.  
Cote Irdes : B5969

This study examines the sensitivity of future long-term-care demand and expenditure es-

timates to official demographic projections in four selected European countries: Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. It uses standardised methodology in the form of a macro-simulation exercise and finds evidence for significant differences in assumptions about demographic change and its effect on the demand for long-term care, and on relative and absolute long-term care expenditure. It concludes that mortality-rate assumptions can have a considerable influence on welfare policy planning. Relative dispersion between country-specific and Eurostat official estimates was found to be higher for the United Kingdom and Germany than for Italy and Spain, suggesting that demographic projections had a greater influence in those countries.

35788

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BECKER (G.), MURPHY (K.), PHILIPSON (T.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The value of life near its end and terminal care.***

*La valeur de la vie près de sa fin et soins palliatifs.*

NBER Working Paper Series ; n° 13333.  
Cambridge : NBER : 2007/08 : 20p., fig.  
Cote Irdes : P193

Medical care at the end of life, which is often estimated to contribute up to a quarter of US health care spending, often encounters skepticism from payers and policy makers who question its high cost and often minimal health benefits. It seems generally agreed upon that medical resources are being wasted on excessive care for end-of-life treatments that often only prolong minimally an already frail life. However, though many observers have claimed that such spending is often irrational and wasteful, little explicit and systematic analysis exists on the incentives that determine end of life health care spending. There exists no positive theory that attempts to explain the high degree of end-of life spending and why differences across individuals, populations, or time occur in such spending. This paper attempts to provide the first rational and systematic analysis of the incentives behind end of life care. The main argument we make is that existing estimates of the value of a life year do not apply to the valuation of life at the end of life. We stress the low opportunity cost of medical spending near ones death, the importance of keeping hope alive in a termi-

nal care setting, the larger social value of a life than estimated in private demand settings, as well as the insignificance in quality of life in lowering its value. We derive how an ex-ante perspective in terms of insurance and R&D alters some of these conclusions.

36107

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

***Prescription drug coverage and elderly medicare spending.***

*Couverture des prescriptions de médicaments et dépenses des personnes âgées au sein du Medicare.*

NBER Working Paper Series ; n° 13358.  
Cambridge : NBER : 2007/09 : 42p., tabl.,+ annexes  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13358>

The introduction of Medicare Part D has generated interest in the cost of providing drug coverage to the elderly. Of paramount importance -- often unaccounted for in budget estimates -- are the salutary effects that increased prescription drug use might have on other Medicare spending. This paper uses longitudinal data from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) to estimate how prescription drug benefits affect Medicare spending. We compare spending and service use for Medigap enrollees with and without drug coverage. Because of concerns about selection, we use variation in supply-side regulations of the individual insurance market -- including guaranteed issue and community rating - -as instruments for prescription drug coverage. We employ a discrete factor model to control for individual-level heterogeneity that might induce bias in the effects of drug coverage. Medigap prescription drug coverage increases drug spending by \$170 or 22%, and reduces Medicare Part A spending by \$350 or 13% (in 2000 dollars). Medigap prescription drug coverage reduces Medicare Part B spending, but the estimates are not statistically significant. Overall, a \$1 increase in prescription drug spending is associated with a \$2.06 reduction in Medicare spending. Furthermore, the substitution effect decreases as income rises, and thus provides support for the low-income assistance program of Medicare Part D.

36180

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MADGE (A.)  
Commonwealth of Australia. Productivity  
Commission. Melbourne. AUS

***Long-term aged care: expenditure trends  
and projections.***

Soins de longue durée pour les personnes  
âgées : tendances en matière de dépenses et  
projections.

Belconnen : Productivity Commission :  
2000/10 : 102p., tabl., fig., annexes.

Cote Irdes : B6211

[http://129.3.20.41/eps/hew/  
papers/0105/0105001.pdf](http://129.3.20.41/eps/hew/papers/0105/0105001.pdf)

Australia's population structure is ageing and this will continue for the foreseeable future. In 1997, 'the aged' — those aged 65 years or more — accounted for 12 per cent of the population, a figure expected to increase to 22 per cent by 2031. An ageing population raises significant social policy issues, not least in relation to health and long-term care of the aged. Long-term aged care in this context refers principally to residential care (nursing homes and hostels) and community services delivered in, or to, the homes of aged persons. At present, Australia devotes over 1 per cent of its GDP — about \$6 billion in current terms — to long-term aged care. The primary focus of this paper is on how these figures might change in the future because of demographic change and other factors. The paper also analyses past government expenditure trends in this area.

<http://www.nber.org/papers/w13374>

This paper estimates the effect of alcohol consumption on mortality using the minimum drinking age in a regression discontinuity design. We find that granting legal access to alcohol at age 21 leads to large and immediate increases in several measures of alcohol consumption, including a 21 percent increase in the number of days on which people drink. This increase in alcohol consumption results in a discrete 9 percent increase in the mortality rate at age 21. The overall increase in deaths is due primarily to a 14 percent increase in deaths due to motor vehicle accidents, a 30 percent increase in alcohol overdoses and alcohol-related deaths, and a 15 percent increase in suicides. Combining the reduced-form estimates reveals that a 1 percent increase in the number of days a young adult drinks or drinks heavily results in a 4 percent increase in total mortality. Given that mortality due to external causes peaks at about age 21 and that young adults report very high levels of alcohol consumption, our results suggest that public policy interventions to reduce youth drinking can have substantial public health benefits.

36200

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DAVE (D.), SAFFER (H.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Risk tolerance and alcohol demand among  
adults and older adults.***

*Tolérance au risque et demande d'alcool chez  
les adultes et personnes âgées.*

NBER Working Paper Series ; n° 13482.

Cambridge : NBER : 2007/10 : 42p., tabl.,  
annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13482>

This study has two primary goals. These are the examination of the effect of risk tolerance on individuals' demand for alcohol and second, the examination of the demand for alcohol by older adults over the age of 55. The data sets employed are multiple waves from the Panel Study of Income Dynamics (PSID) and the Health and Retirement Study (HRS). While risk tolerance can impact the level of alcohol consumption, it may also affect the sensitivity of demand to prices. There are parallels between the economist's and the psychologist's concept of risk tolerance. Research on attitudes towards risk by psychologists is part of a larger theoretical and empirical literature on

## INDICATEURS DE SANTÉ

### Alcoolisme

35854

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CARPENTER (C.), DOBKIN (C.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The Effect of Alcohol Consumption on Mor-  
tality: Regression Discontinuity Evidence  
from the Minimum Drinking Age.***

NBER Working Paper Series ; n° 13374

Cambridge : NBER : 2007/09 : 50p., tabl., fig.,  
annexes

Cote Irdes : P193

personality traits. Psychologists have found risk tolerance to be an important determinant of alcohol consumption. The empirical results indicate that risk aversion has a significant negative effect on alcohol consumption, with the prevalence and consumption among risk-tolerant individuals being six to eight percent higher. Furthermore, the tax elasticity is similar across both risk-averse and risk-tolerant individuals. This suggests that tax policies may be effective in deterring alcohol consumption even among those who have a higher propensity for alcohol use. The significance of research on alcohol demand by individuals ages 55 and older is highlighted by the increased potential for alcohol-related adverse consequences among this demographic group. Comparing younger adults (ages 21-54) with older adults, responses to taxes and prices are higher among the older sub-population. The tax elasticity is estimated at -0.05 for younger adults, compared to -0.20 for older adults.

## ► Asthme

36177

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CHEN (A.Y.), ESCARCE (J.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Family structure and the treatment of childhood asthma.***

*Structure familiale et traitement de l'asthme chez l'enfant.*

NBER Working Paper Series ; n° 13461.  
Cambridge : NBER : 2007/10 : 42p., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13461>

Family structure is known to influence children's behavioral, educational, and cognitive outcomes, and recent studies suggest that family structure affects children's access to health care as well. However, no study has addressed whether family structure is associated with the care children receive for particular conditions or with their physical health outcomes. Objective: To assess the effects of family structure on the treatment and outcomes of children with asthma. Methods: Our data sources were the 1996-2003 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and the 2003 National Survey of Children's Health (NSCH). The study samples consisted of children 2-17 years of age with asthma who lived in single-mother or two-parent families. We assessed the effect of number of parents and number of other children in the

household on office visits for asthma and use of asthma medications using negative binomial regression, and we assessed the effect of family structure on the severity of asthma symptoms using binary and ordinal logistic regression. Our regression models adjusted for sociodemographic characteristics, parental experience in child-rearing and in caring for an asthmatic child and, when appropriate, measures of children's health status. Results: Asthmatic children in single-mother families had fewer office visits for asthma and filled fewer prescriptions for controller medications than children with two parents. In addition, children living in families with three or more other children had fewer office visits and filled fewer prescriptions for reliever and controller medications than children living with no other children. Children from single-mother families had more health difficulties from asthma than children with two parents, and children living with two or more other children were more likely to have an asthma attack in the past 12 months than children living with no other children. Conclusions: For children with asthma, living with a single mother and the presence of additional children in the household are associated with less treatment for asthma and worse asthma outcomes.

## ► Bien-être

35710

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DEATON (A.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Income, aging and wellbeing around the world : evidence from the Gallup world poll.***

*Revenus, vieillissement, état de santé et bien-être dans le monde : résultats issus du sondage mondial de l'institut Gallup.*

Cambridge : NBER Working Paper Series ; n° 13317 : NBER 2007/06 : 45p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13317>

During 2006, the Gallup Organization conducted a World Poll that used an identical questionnaire for national samples of adults from 132 countries. I analyze the data on life satisfaction (happiness) and on health satisfaction and look at their relationships with national income, age, and life-expectancy. Average happiness is strongly related to per capita national income; each doubling of income is associated with a near one point increase in



life satisfaction on a scale from 0 to 10. Unlike most previous findings, the effect holds across the range of international incomes; if anything, it is slightly stronger among rich countries. Conditional on national income, recent economic growth makes people happier, improvements in life-expectancy make them happier, but life-expectancy itself has little effect. Age has an internationally inconsistent relationship with happiness. National income moderates the effects of aging on self-reported health, and the decline in health satisfaction and rise in disability with age are much stronger in poor countries than in rich countries. In line with earlier findings, people in much of Eastern Europe and in the countries of the former Soviet Union are particularly unhappy and particularly dissatisfied with their health, and older people in those countries are much less satisfied with their lives and with their health than are younger people. HIV prevalence in Africa has little effect on Africans' life or health satisfaction; the fraction of Kenyans who are satisfied with their personal health is the same as the fraction of Britons and higher than the fraction of Americans. The US ranks 81st out of 115 countries in the fraction of people who have confidence in their healthcare system, and has a lower score than countries such as India, Iran, Malawi, or Sierra Leone. While the strong relationship between life-satisfaction and income gives some credence to the measures, as do the low levels of life and health satisfaction in Eastern Europe and the countries of the former Soviet Union, the lack of correlations between life and health satisfaction and health measures shows that happiness (or self-reported health) measures cannot be regarded as useful summary indicators of human welfare in international comparisons. children as adults. In pooled birth-cohort data over 30 years for the United States and eleven European countries, postneonatal mortality in the year of birth accounts for more than 60 percent of the combined cross-country and cross-cohort variation in adult heights. The estimated effects are smaller but remain significant once we allow for country and birth-cohort effects. In the poorest and highest mortality countries of the world, there is evidence that child mortality is positively associated with adult height. That selection should dominate scarring at high mortality levels, and scarring dominate selection at low mortality levels, is consistent with the model for reasonable values of its parameters.

## D Cancer

35827

### RAPPORT

Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C.). Lyon. FRA, Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA, Académie Nationale des Sciences. Paris. FRA, Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. (F.N.C.L.C.C.). Paris. FRA

#### ***Les causes du cancer en France. Rapport. Version abrégée.***

Lyon : CIRC : 2007 : 48p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6140

[http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/francecancer2000/CausesofCancerFrance2000\\_Fr.pdf](http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/francecancer2000/CausesofCancerFrance2000_Fr.pdf)

Pour établir la prévention des cancers sur des bases solides, il faut identifier et hiérarchiser ses causes. Pour ces raisons, le CIRC et les Académies des Sciences et de Médecine françaises avaient indépendamment, en 2005, estimé qu'il était nécessaire d'analyser l'ensemble des données disponibles. Ils ont décidé de le faire conjointement. L'objet de ce travail est double : i) évaluer en se fondant sur des données épidémiologiques fiables et chaque fois que cela était possible sur des méta-analyses, les effets cancérigènes des différents facteurs de risque et, dans les cas nombreux où les données des différentes enquêtes sont discordantes, tenter d'identifier les sources de ces écarts et d'aboutir à une conclusion même provisoire; ii) estimer le nombre de sujets exposés en France à ces facteurs de risque ainsi que l'intensité et la durée de ces expositions. On peut ainsi : i) estimer le nombre de cancers que des actions de prévention permettraient d'éviter, et ii) identifier les domaines où les connaissances sont insuffisantes et où des recherches complémentaires, en France et dans le monde, seraient nécessaires.

35828

### RAPPORT

Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C.). Lyon. FRA, Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA, Académie Nationale des Sciences. Paris. FRA, Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. (F.N.C.L.C.C.). Paris. FRA

#### ***Attributable causes of cancer in France in the year 2000.***

*Les causes du cancer en France en 2000.*

Lyon : CIRC : 2007 : 172p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6141

<http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/francecancer2000/CausesofCancerFrance2000.pdf>

This report is an evaluation of the numbers of cancer cases and of deaths in France that can be attributed to non-genetic risk factors. Data on exposure to risk factors are specific to France. The report also summarizes similar work carried out, and discusses the gaps in the knowledge about the causes of cancer.

## ► Capital social

36434

OUVRAGE  
KAWACHI (I.) / éd., SUBRAMANIAN (S.V.) / éd., KIM (D.)

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

*Capital social et santé.*

New York : Springer : 2007 : 291p., tabl., fig.

Cote Irdes : A3643

[http://www.amazon.com/Social-Capital-Health-Ichiro-Kawachi/dp/0387713107/ref=sr\\_1\\_2?ie=UTF8&s=books&qid=1197295882&sr=1-2](http://www.amazon.com/Social-Capital-Health-Ichiro-Kawachi/dp/0387713107/ref=sr_1_2?ie=UTF8&s=books&qid=1197295882&sr=1-2)

As interest in social capital has grown over the past decade—particularly in public health—so has the lack of consensus on exactly what it is and what makes it worth studying. *Social Capital and Health* presents the state of the debate, from definition to conceptualization, from effective measurement to real-world applications. The 21 contributors discuss the potentials and pitfalls in current research, and salient examples of social capital concepts informing public health practice. The book's first section traces the theoretical origins of social capital, and the strengths and limitations of current methodologies of measuring it. The second half surveys the empirical data on social capital in key health areas. Among the highlights: Toward a definition: Individual or group entity? Negative as well as positive effects? ; Measurement methods: survey, sociometric, ethnographic, experimental; The relationship between social capital and physical health and health behaviors: smoking, substance abuse, physical activity, sexual activity; Social capital and mental health: early findings; Social capital and the aging community ; Applying social capital to health communications ; Social capital and disaster preparedness.

## ► Cholesterol

35451

RAPPORT  
HOCKLEY (T.), GEMMILL (M.)

### ***European cholesterol guidelines report.***

Londres : LSE : 2007 : 19p.

Cote Irdes : B6061

This report is a pan-European review of clinical guidelines for the management of hypercholesterolaemia, using a sample of 10 countries : Austria, Finland, France, Germany, Italy, Norway, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom. The review includes both official/governmental national and local guidelines, and professional guidelines.

## ► Développement humain

34349

RAPPORT  
Programme des Nations Unies pour le Développement. (P.N.U.D.). New York. USA

### ***Rapport mondial sur le développement humain 2006 : au-delà de la pénurie, pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau.***

Paris : Economica ; New York : United Nations Publications : 2006 : 422p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3543

<http://hdr.undp.org/en/media/hdr06-complete.pdf>

The Human Development Report continues to frame debates on some of the most pressing challenges facing humanity. It investigates the underlying causes and consequences of a crisis that leaves 1.2 billion people without access to safe water and 2.6 billion without access to sanitation ; argues for a concerted drive to achieve water and sanitation for all through national strategies and a global plan of action ; examines the social and economic forces that are driving water shortages and marginalizing the poor in agriculture ; looks at the scope for international cooperation to resolve cross-border tensions in water management ; includes special contributions from Gordon Brown and Ngozi Okonjo-Iweala, President Lula, President Carter, and the UN Secretary General, Kofi Annan.

## Diabète

34388

DOCUMENT DE TRAVAIL

SMITH (J.)

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

### ***Diabetes and the rise of the SES health gradient.***

*Diabète et augmentation des aspects socio-économiques dans le gradient de santé.*

NBER Working Paper Series ; n° 12905.

Cambridge : NBER : 2007/02 : 33p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

This paper investigates the salient diabetes prevalence patterns across key SES indicators, and how they changed over time. The investigation spans both the conventional concept of diagnosed diabetes and a more comprehensive measure including those whose diabetes is undiagnosed. By doing so, I separate the distinct impact of covariates on disease onset, better self-management, and the probability of disease diagnosis. Emphasis is given to SES correlates of undiagnosed diabetes and how these changed as those with undiagnosed diabetes plummeted over the last 25 years. I estimate the differential ability by education to successfully self-manage diabetes, especially when disease self-management became more complicated.

## Données d'ensemble

35447

FASCICULE, RAPPORT

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

### ***Statistiques sanitaires mondiales 2007.***

*Statistiques sanitaires mondiales.*

Genève : OMS : 2007 : 86p., tabl.

Cote Irdes : S9

World health statistics 2007 presents the most recent health statistics for WHO's 193 Member States. This third edition includes a section with 10 highlights of global health statistics for the past year as well as an expanded set of 50 health statistics.

36406

RAPPORT

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

### ***Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2007.***

Paris : OCDE : 2007 : 195p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : A3638

[http://www.oecd.org/document/11/0,2340,fr\\_2649\\_34631\\_16558990\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,2340,fr_2649_34631_16558990_1_1_1_1,00.html)

Les progrès accomplis dans la prévention et le traitement des maladies ont contribué à l'amélioration remarquable de l'espérance de vie et de la qualité de vie dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Parallèlement, les dépenses de santé continuent d'augmenter et absorbent une part croissante du revenu national. A l'heure actuelle, elles représentent près de 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, contre un peu plus de 5 % en 1970. Cette quatrième édition du Panorama de la santé présente des données sur différents aspects de la performance des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé. Pour la première fois, cette édition contient un chapitre qui présente de nouveaux indicateurs comparables sur la qualité des soins, montrant les variations entre pays concernant les taux de survie après une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral et différents types de cancer. Cette publication s'appuie principalement sur Eco-Santé OCDE 2007, la base de données la plus complète sur la santé et les systèmes de santé dans les 30 pays Membres de l'OCDE.

## Environnement et santé

36331

RAPPORT

COHEN (J.M.)

Cabinet Open Rome. Paris. FRA, Région d'Ile de France. Direction de l'Environnement.  
Paris. FRA

### ***Etude « Bruit et santé en Ile-de-France » : rapport final.***

Paris : Cabinet Open Rome : 2007/07 : 112p.

Cote Irdes : B6256

[http://www.iledefrance.fr/uploads/tx\\_base/Bruit\\_et\\_Sante\\_en\\_IDF\\_\\_2007.pdf](http://www.iledefrance.fr/uploads/tx_base/Bruit_et_Sante_en_IDF__2007.pdf)

Ce rapport, réalisé à la demande de la région Ile-de-France par le cabinet Open Rome, est la première étude sur les effets du bruit sur la santé dont les données aient été recueillies par des médecins généralistes. L'enquête financée par la région visait à étudier, à l'échelle de l'Ile-de-France, l'existence de liens statistiques entre l'exposition au bruit et la santé. Fin 2005, 78 médecins généralistes, répartis sur 30 communes franciliennes représentant différents niveaux d'exposition au bruit, ont interrogé plus de 4000 patients. Les sources de bruit prises en compte étaient le lieu d'habitation, le lieu du travail, le type de transport et la durée passée chaque jour à l'intérieur, les loisirs... Des éléments tels que le poids, la taille, la tension, les troubles objectifs du sommeil ou encore la prise de médicaments ont été recueillis de manière anonyme. Parmi les résultats les plus marquants, – résultats attendus depuis plus de deux ans, tant la méthodologie d'exploitation des données aura nécessité d'amples précautions –, l'enquête montre l'existence d'un lien statistique fort entre le bruit en ville et l'hypertension artérielle, les troubles du sommeil, les hospitalisations et les arrêts de travail ainsi que les états anxieux et la prise de médicaments

## ► Handicap

36360

DOCUMENT DE TRAVAIL  
SCIULLI (D.), GOMES DE MENEZES (A.),  
CABRAL VIEIRA (J.)  
University of the Azores. Department of  
Economics and Management. Ponta Delgada.  
POR, Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).  
Bonn. DEU

### ***Unemployment durability and disability: evidence from Portugal.***

*Relation entre durée du chômage et handicap :  
le cas du Portugal.*

IZA Discussion Paper Series ; n° 3028.

Bonn : IZA : 2007 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6227

<http://ftp.iza.org/dp3028.pdf>

In this paper we use Portuguese data on individual (multiple) unemployment spells and apply semi-parametric duration models to investigate the effects of different types of disabilities on (re)employment probabilities. We find that disabled persons with muscular, skeletal, ge-

iatric and sensorial problems experience the longest unemployment spells. Organic (blind, deaf or linguistic) disabilities also significantly reduce the probability of finding a job, while intellectual or psychological disabilities do not. We also find that having previous employment experience and vocational training raise the probability of leaving unemployment into employment. Negative duration dependence and unobserved heterogeneity are also found in the data. Policies that seek to promote job accessibility should take into account the heterogeneous nature of the effects of different disabilities on reemployment.

## ► Hygiène bucco-dentaire

35833

OUVRAGE  
HESCOT (P.), ROLAND (G.)  
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. (U.F.S.B.D.). Paris. FRA

### ***La santé dentaire en France. Enfants de 6 et 12 ans.***

Paris : UFSBD : (2007) : 84p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3618

Cette monographie réactualise les données sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6 à 12 ans. Ses objectifs sont de mesurer la pathologie, les soins effectués et les besoins en soins des enfants ; de comparer les résultats à ceux des enquêtes précédentes et permettre de suivre leur évolution à 5 ans, durée prévue de l'action; de donner des indicateurs précis; secondairement d'aider à la conception de projets d'actions après l'analyse des facteurs de risques en matière de santé bucco-dentaire.

## ► Maladies cardio-vasculaires

35463

RAPPORT  
BOEDEKER (W.), KLINDWORTH (H.)

### ***Hearts and minds at work in Europe. A european work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental III health.***

Essen : BBK Bundesverband : 2007 : 132p., annexes

Cote Irdes : B6067

<http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/>



[dateien/Hearts\\_and\\_Minds\\_at\\_Work\\_in\\_Europe.pdf](#)

The interrelations between cardiovascular diseases, mental ill health and work are complex. The first chapter looks at the burden imposed by cardiovascular diseases and mental ill health. Chapter 2 addresses the impact of diseases on work. Chapter 3 highlights the relationship between cardiovascular diseases and mental ill health. Chapter 4 addresses the impact of working conditions on the development of these disease. In chapter 5, it is shown that interventions to improve workplace health, although embedded in different concepts, have common goals, characteristics and benefits. Finally, chapter 6 provides recommendations to policy makers and other with the power to develop or influence policies and practices at an international, national, regional, local or company levels.

## ► Maladie d'Alzheimer

34931

RAPPORT

King's college. Londres. GBR, Alzheimer's Society. Londres. GBR

***Dementia UK: the full report.***

*La démence au Royaume-Uni : rapport complet.*

Londres : Alzheimer's society : 2007 : 82p., fig.

Cote Irdes : B5989

[http://www.alzheimers.org.uk/downloads/Dementia\\_UK\\_Full\\_Report.pdf](http://www.alzheimers.org.uk/downloads/Dementia_UK_Full_Report.pdf)

This report establishes an accurate estimate of the numbers of people in the UK who currently have dementia. It also provides authoritative estimates for the numbers of people who will have dementia in the years up to 2051. The services and treatments currently provided to support people with dementia are reviewed. The current and future costs of dementia are estimated and recommendations for future dementia care are made.

36348

RAPPORT

MENARD (J.)

Commission Nationale Chargée de l'Élaboration de Propositions pour un Plan National concernant la Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées. sl. FRA

***Pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin.***

Paris : sl : 2007 : 125p., annexes

Cote Irdes : B6238

Avec 860 000 personnes touchées en France et 225 000 nouveaux cas qui se déclarent chaque année, la maladie d'Alzheimer engendre beaucoup de souffrance et de détresse tant pour la personne malade que pour son entourage. A cela s'ajoute l'augmentation prévisible des coûts humains et financiers de la maladie, qui sont d'ores et déjà élevés pour les familles et la société. Installée en août 2007, la commission présidée par Joël Ménard a retenu les dix objectifs suivants : accompagnement « éthique » de la personne dans toutes les étapes de sa maladie, forte impulsion à donner à la recherche sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, continuité du parcours de soins et garantie de soins de qualité, meilleure coordination entre intervenants médicaux et médicaux-sociaux pour apporter une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille, choix du maintien à domicile ou de l'accueil en établissement, soutien accru aux aidants, prise en charge spécifique des patients jeunes (personnes de moins de 60 ans), valorisation des compétences et développement des formations des professionnels de santé, mise en place d'une nouvelle gouvernance pour articuler les trois champs de la recherche, de la santé et du social et organiser une communication mieux ciblée.

36398

RAPPORT

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

***Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques médicaux et sociétaux.***

Paris : INSERM : 2007 : 118p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6263

[http://ist.inserm.fr/basisrapports/alzheimer/alzheimer\\_synthese.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/alzheimer/alzheimer_synthese.pdf)

Cet ouvrage constitue la synthèse d'une expertise collective sur les enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux de la maladie d'Alzheimer.

mer. Présentés au terme de cet ouvrage, les constats et les recommandations fondés sur l'analyse des données internationales disponibles à ce jour permettent de proposer des pistes de recherche à développer pour mieux connaître, soigner et prévenir cette affection (tiré de la préface).

## ► Météoropathologie

35455

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DESCHENES (O.), MORETTI (E.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Extreme weather events, mortality and migration.***

*Conditions climatiques extrêmes, mortalité et migration.*

NBER Working Paper Series ; n° 13227.  
Cambridge : NBER : 2006/07 : 32p., tabl., annexes.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13227.pdf>

We estimate the effect of extreme weather on life expectancy in the US. Using high frequency mortality data, we find that both extreme heat and extreme cold result in immediate increases in mortality. However, the increase in mortality following extreme heat appears entirely driven by temporal displacement, while the increase in mortality following extreme cold is long lasting. The aggregate effect of cold on mortality is quantitatively large. We estimate that the number of annual deaths attributable to cold temperature is 27,940 or 1.3% of total deaths in the US. This effect is even larger in low income areas. Because the U.S. population has been moving from cold Northeastern states to the warmer Southwestern states, our findings have implications for understanding the causes of long-term increases in life expectancy. We calculate that every year, 5,400 deaths are delayed by changes in exposure to cold temperature induced by mobility. These longevity gains associated with long term trends in geographical mobility account for 8%-15% of the total gains in life expectancy experienced by the US population over the past 30 years. Thus mobility is an important but previously overlooked determinant of increased longevity in the United States. We also find that the probability of moving to a state that has fewer days of extreme cold is higher for the age groups that are predicted to benefit more in terms of lower

mortality compared to the age groups that are predicted to benefit less.

35457

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DESCHENES (O.), GREENSTONE (M.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Climate change mortality and adaptation : evidence from annual fluctuations in weather in the US.***

*Conditions climatiques extrême, mortalité et migration aux États-Unis.*

NBER Working Paper Series ; n° 13178.  
Cambridge : NBER : 2006/06 : 32p., tabl., annexes.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13178.pdf>

This paper produces the first large-scale estimates of the US health related welfare costs due to climate change. Using the presumably random year-to-year variation in temperature and two state of the art climate models, the analysis suggests that under a «business as usual» scenario climate change will lead to an increase in the overall US annual mortality rate ranging from 0.5% to 1.7% by the end of the 21st century. These overall estimates are statistically indistinguishable from zero, although there is evidence of statistically significant increases in mortality rates for some subpopulations, particularly infants. As the canonical Becker-Grossman health production function model highlights, the full welfare impact will be reflected in health outcomes and increased consumption of goods that preserve individuals' health. Individuals' likely first compensatory response is increased use of air conditioning; the analysis indicates that climate change would increase US annual residential energy consumption by a statistically significant 15% to 30% (\$15 to \$35 billion in 2006 dollars) at the end of the century. It seems reasonable to assume that the mortality impacts would be larger without the increased energy consumption. Further, the estimated mortality and energy impacts likely overstate the long-run impacts on these outcomes, since individuals can engage in a wider set of adaptations in the longer run to mitigate costs. Overall, the analysis suggests that the health related welfare costs of higher temperatures due to climate change are likely to be quite modest in the US.

## ► Morbidité ressentie

36105

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BANKS (J.), CROSSLEY (T.), GOSHEV (S.)  
McMaster University. Research Institute for  
Quantitative Studies in Economics and Po-  
pulation. (Q.S.E.P.). Hamilton ON. CAN

### **Looking for private information in self- assessed health.**

*Rechercher l'information privée en santé perçue.*

Hamilton : McMaster University : 2007/08 :  
39p., 8 tabl., 6 fig.

Cote Irdes : B6177

<http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep423.pdf>

The paper investigates whether self-assessed health status (SAH) contains information about future mortality and morbidity, beyond the information that is contained in standard "observable" characteristics of individuals (including pre-existing diagnosed medical conditions). Using a ten-year span of the Canadian National Population Health Survey, we find that SAH does contain private information for future mortality and morbidity. Moreover, we find some evidence that the extra information in SAH is greater at older ages. Many developed countries are experiencing a major shift from defined benefit (DB) to defined contribution (DC) pension arrangements. One consequence of this shift is an effective delay in the age at which workers commit to an annuity. Our results therefore suggest that adverse selection problems in annuity markets could be more severe at older ages, and therefore, that the DB to DC shift may expose workers to greater longevity risk. This is an aspect of the DB to DC shift that has received little attention.

36832

RAPPORT  
POPESCU (L.), RAT (C.), REBELEANU-BE-  
RECZKI (A.)  
International Networks for Studies in Techno-  
logy - Environment Alternatives and Develop-  
ment. (I.N.S.T.E.A.D.). Centre d'Etudes de  
Populations - de Pauvreté et de Politiques  
socioéconomiques. (C.E.P.S.). Differdange.  
LUX

### **Self-assessed health status and satisfaction with health care services in the context of the enlarged European Union.**

*Etat de santé perçue et satisfaction des usag-  
ers vis-à-vis des systèmes de santé dans le  
contexte d'une Union européenne élargie.*

IRISS Working paper Series ; 2007-14.

Differdange : Insead/Ceps-Iriss : 2007 :  
225p., tabl.

Cote Irdes : B6329

<http://www.ceps.lu/iriss/documents/irisswp82.pdf>

The paper aims at analysing the relationship between self-rated health-status, satisfaction with health care services and socio-economic factors, in the context of different national health care systems in the enlarged European Union. The effects of socio-economic deprivation and the functioning of national health care systems on self-rated health status and satisfaction with health care services are investigated using the European Social Survey 2006 dataset (ESS3), and macro data provided by Eurostat (2007) and the World Health Organization (2007). Socio-economic deprivation is measured both at the micro-level (using indicators of economic strain, household income, education, employment status and belonging to discriminated groups), and the macro-level (national poverty rates, the values of poverty thresholds, quintile ratios and GDP per capita). The performance of national health care systems is quantified with the help of two indexes, designed for the purpose of the present study: an index of total health care provisions and an index of governmental commitment to health care. The following countries are included in the analysis: Belgium, Bulgaria, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Poland, Portugal, Romania, Slovenia, Slovakia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

## ► Mortalité maternelle

36400

RAPPORT  
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint  
Maurice. FRA , Institut National de la Santé  
et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).  
Paris. FRA

### **Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM).**

Saint Maurice : INVS : 2006/12 : 62p., tabl.,  
+ann.

Cote Irdes : B6265

En France, la surveillance de la mortalité ma-  
ternelle a débuté en 1995 avec le premier «  
plan périnatalité ». Un Comité national d'ex-

perts sur la mortalité maternelle (CNEMM) a été mis en place afin d'étudier, par enquête confidentielle, le taux de la mortalité maternelle, ses facteurs de risques et d'évitabilité. Le Comité a également pour mission d'édicter des recommandations aux professionnels concernés pour améliorer la situation. Les résultats présentés concernent les années 1999, 2000 et 2001. Le nombre de morts maternelles et le taux d'évitabilité a peu varié par rapport à la période précédente mais l'analyse des causes de décès des facteurs de risques et des pratiques professionnelles est sensiblement différente.

## ► Obésité

34390

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BLEICH (S.), CUTLER (D.), MURRAY (C.),  
ADAMS (A.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Why is the developed world obese?***

*Pourquoi le monde développé est-il obèse ?*

NBER Working Paper Series ; n° 12954.  
Cambridge : NBER : 2007/02 : 41p., tabl.  
Cote Irdes : P193

Obesity has risen dramatically in the past few decades. However, the relative contribution of energy intake and energy expenditure to rising obesity is not known. Moreover, the extent to which social and economic factors tip the energy balance is not well understood. In this longitudinal analysis of developed countries, we estimate the relative contribution of increased caloric intake and reduced physical activity to obesity using two methods of energy accounting. Results show that rising obesity is primarily the result of consuming more calories. We estimate multivariate regression models and use simulation analysis to explore technological and sociodemographic determinants of this dietary excess. Results indicate that the increase in caloric intake is associated with technological innovations such as reduced food prices as well as changing sociodemographic factors such as increased urbanization and increased female labor force participation. The study findings offer useful insights to future research concerned with the etiology of obesity and may help inform the development of obesity-related policy. In particular, our results suggest that policies to encourage less caloric intake may help reverse past trends in increased consumption.

34889

DOCUMENT DE TRAVAIL  
RASHAD (I.), MARKOWITZ (S.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Incentives in obesity and health insurance.***

*Incitations à l'obésité et assurance maladie.*

NBER Working Paper Series ; n° 13113.  
Cambridge : NBER : 2007/05 : 26p., fig.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13113>

The percentage of those uninsured in the U.S. has risen in recent years, although out-of-pocket expenditures have declined. At the same time, the obesity rate has significantly risen. We look at obesity in the context of a model in which the status of health insurance might play a role in influencing body weights. In this context, adverse selection is likely to be an issue, as those with ailments are more likely to sort themselves into being covered by insurance, or to be shut out of the health insurance market. At the same time, those who are insured might be more likely to be negligent when it comes to their health, or to be more careful due to the services they are receiving. Using 1993-2002 BRFSS data, we aim to isolate these opposing factors in determining the potential effect of health insurance status on obesity. We control for a variety of confounding factors that may influence obesity prevalence and address the endogenous nature of health insurance. We focus on isolating the effect of ex ante moral hazard rather than ex post moral hazard, and find little evidence of moral hazard in this context.

35694

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BAUM (C.L.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Age socioeconomic status and obesity growth.***

*Age, statut socioéconomique et développement de l'obésité.*

NBER Working Paper Series ; n° 13289.  
Cambridge : NBER : 2007/08 : 49p., tabl., fig.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13289>

The rapid growth in obesity represents a major public concern. Although body weight tends to increase with age, the evolution of obesity over the lifecycle is not well understood. We



use longitudinal data from the National Longitudinal Survey of Youth to examine how body weight changes with age for a cohort moving through early adulthood. We further investigate how the age-obesity gradient differs with socioeconomic status (SES) and begin to examine channels for these SES disparities. Our analysis uncovers three main findings. First, weight rises with age but is inversely related to SES at given ages. Second, the SES-obesity gradient widens over the lifecycle, a result consistent with research examining other health outcomes such as overall status or specific medical conditions. Third, a substantial portion of the SES «effect» is transmitted through race/ethnicity and the translation of advantaged family backgrounds during childhood into high levels of subsequent education. Conversely, little of the SES difference appears to be propagated through family income, marital status, number of children, or the set of health behaviors we control for. However, approximately half of the SES-weight correlation persists after the inclusion of controls, illustrating the need for further study of mechanisms for the gradient.

## ▮ Santé et éducation

35121

DOCUMENT DE TRAVAIL  
NEVES SEQUEIRA (T.)

Universidade da Beira Interior. Departamento de Gestao e Economia. Covilha. POR

### ***Does health cause schooling or does schooling cause health ?***

*La santé fait-elle l'éducation ou l'éducation fait-elle la santé ?*

Texto para discussdo ; n° E-01/2007.

Covilha : Universidade da Beira Interior : 2007 : 12p., tabl.

Cote Irdes : B6007

[http://www.dge.ubi.pt/investigar/TDiscussao/2007/E01\\_2007.pdf](http://www.dge.ubi.pt/investigar/TDiscussao/2007/E01_2007.pdf)

Using a panel data approach we investigate whether schooling cause health or health cause schooling. We found evidence that supports the influence of the level of health in increases in education and the influence of education growth in health improvements. Both effects are present in poor countries but not in rich ones.

## ▮ Tabagisme

36169

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GÖHLMANN (S.)

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (R.W.I.). Essen. DEU

### ***Who smokes and how much? Empirical evidence for Germany.***

*Qui fume et en quelle quantité ? Données empiriques pour l'Allemagne.*

Essen : RWI : 2007/08 : 25p., tabl.

Cote Irdes : B6202

Smoking is associated with high economic costs, because it increases the risk and incidence of several illnesses. A promising instrument to reduce these costs is to decrease tobacco consumption by developing target group-oriented non-smoking campaigns. However, this purpose requires knowledge about the characteristics of the target group. Utilizing data from three waves of the Mikrozensus, this paper portrays the smoking population in Germany to ascertain the socio-demographic characteristics which are associated with (i) smoking prevalence and (ii) the conditional demand for cigarettes. The empirical results indicate that a target group-oriented non-smoking campaign should focus primarily on individuals with a lower level of education and income, singles, divorced or widowed individuals and unemployed, because these sub-groups of the population exhibit the highest smoking prevalence. Moreover, individuals with a lower level of education as well as singles, divorced or widowed individuals also tend to smoke more.

36199

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CUTLER (D.M.), GLAESER (E.L.)

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

### ***Social interactions and smoking.***

*Interactions sociales et tabagisme.*

NBER Working Paper Series ; n° 13477.

Cambridge : NBER : 2007/10 : 26p., fig., tabl.+ annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13477>

Are individuals more likely to smoke when they are surrounded by smokers? In this paper, we examine the evidence for peer effects in smoking. We address the endogeneity of peers by looking at the impact of workplace smoking

bans on spousal and peer group smoking. Using these bans as an instrument, we find that individuals whose spouses smoke are 40 percent more likely to smoke themselves. We also find evidence for the existence of a social multiplier in that the impact of smoking bans and individual income becomes stronger at higher levels of aggregation. This social multiplier could explain the large time series drop in smoking among some demographic groups.

36648

DOCUMENT DE TRAVAIL  
VISCUSI (W.K.), HERSCH (J.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The mortality cost to smokers.***

NBER Working Paper Series ; n° 13599.  
Cambridge : NBER : 2007/11 : 37p., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13599>

This article estimates the mortality cost of smoking based on the first labor market estimates of the value of statistical life by smoking status. Using these values in conjunction with the increase in the mortality risk over the life cycle due to smoking, the value of statistical life by age and gender, and information on the number of packs smoked over the life cycle, produces an estimate of the private mortality cost of smoking of \$222 per pack for men and \$94 per pack for women in 2006 dollars, based on a 3 percent discount rate. At discount rates of 15 percent or more, the cost decreases to under \$25 per pack.

## ► Travail et santé

34374

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

***Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Volume 1 : Norvège, Pologne et Suisse.***

Paris : OCDE : 2006 : 192p., tabl., graph.  
Cote Irdes : A3552

Trop de travailleurs quittent pour toujours le marché du travail pour raison de santé. Et trop de personnes affectées d'un handicap se voient refuser la possibilité de travailler. C'est une tragédie à la fois sociale et économique qui frappe pratiquement l'ensemble des pays de l'OCDE ; c'est aussi un paradoxe qui mé-

rite explication. Comment se fait-il qu'alors que l'état de santé des populations s'améliore, de plus en plus de gens en âge de travailler sont exclus de la population active et vivent de prestations maladie et invalidité de longue durée ? Ce rapport analyse les facteurs qui pourraient expliquer ce paradoxe. C'est le premier d'une nouvelle série d'examen de l'OCDE sur la maladie, l'invalidité et le travail. Les auteurs s'y intéressent plus particulièrement aux cas de la Norvège, de la Pologne et de la Suisse et mettent en lumière le rôle des institutions et des politiques. Un ensemble de recommandations sont présentées pour la mise en place de réformes. Dans les trois pays retenus, les mesures prises sont très insuffisantes pour réduire les flux de sortie du marché du travail et d'entrée dans les régimes d'indemnisation et pour promouvoir le retour à l'emploi des bénéficiaires de prestations. Il en va de même pour les incitations financières au travail et les obligations faites aux personnes handicapées vivant de prestations et aux employeurs. Bien des personnes souffrant de problèmes de santé peuvent travailler et souhaitent réintégrer le marché du travail, de sorte que toute politique fondée sur l'hypothèse qu'elles ne peuvent pas travailler est fondamentalement erronée. Aider ces personnes à travailler ne présente potentiellement que des avantages : cette politique leur permettrait d'échapper à l'exclusion et d'augmenter leurs revenus tout en améliorant les perspectives économiques à long terme.

36332

RAPPORT  
COHIDON (C.), SANTIN (G.)  
Institut de Veille Sanitaire. Département Santé Travail. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Unité Mixte de Recherche Epidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement. (U.M.R.E.S.T.T.E.). Bron. FRA

***Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.***

Saint Maurice : INVS : 2007/10 : 78p.  
Cote Irdes : C, B6255

[http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante\\_mentale/rapport\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/rapport_sante_mentale.pdf)

L'objectif de ce rapport est d'étudier les associations entre la déclaration de symptômes dépressifs et certaines conditions de travail au sein des catégories sociales. Il s'appuie sur les données de l'enquête décennale santé 2002-2003 menée en France en 2003 par l'Institut national de la statistique et des études éco-

nomiques (Insee) et mises à la disposition de l'Institut de veille sanitaire (InVS). La population étudiée dans ce rapport correspond aux actifs occupant un emploi au moment de l'enquête (6 082 hommes, 5 521 femmes). La dépressivité, mesurée par le Ces-d, la description de l'emploi exercé ainsi que des conditions de travail relatives aux horaires atypiques, aux contraintes psychosociales et à la pression temporelle, ont été les principales données étudiées. La prévalence de dépressivité parmi les actifs au travail est d'environ 11%. Elle varie selon les catégories sociales et les secteurs d'activité. Les associations entre les contraintes de travail et la dépressivité varient selon la catégorie sociale et le sexe. Seule «l'aide insuffisante pour mener à bien sa tâche» est systématiquement associée à la dépressivité quelle que soit la catégorie sociale. En dépit de certaines limites, l'exploitation de cette enquête dans le domaine de la santé mentale au travail constitue un apport des connaissances jusqu'à présent peu disponibles en France, et pourrait permettre, dans un objectif de surveillance épidémiologique, d'orienter des interventions prioritaires et d'évaluer les effets (Résumé d'auteur).

36346

DOCUMENT DE TRAVAIL  
 ICHINO (A.), SCHWERDT (G.), ZWEIMULLER (J.)  
 Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***Too old to work, too young to retire ?***

*Trop vieux pour travailler, trop jeune pour partir à la retraite ?.*

Discussion Paper : IZA DP n° 3110.

Bonn : IZA : 2007/10 : 35p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6238

<http://ftp.iza.org/dp3110.pdf>

We use firm closure data from social security records for Austria 1978-1998 to investigate the effect of age on employment prospects. We rely on exact matching to compare workers displaced due to firm closure with similar non-displaced workers. We then use a difference-in-difference strategy to analyze employment and earnings of older relative to prime-age workers in the displacement and on-displacement groups. Results suggest that immediately after plant closure the old have lower re-employment probabilities as compared to prime-age workers but later they catch up. While among the young the employment prospects of the displaced remain persistently different from those of the non-displaced, among the old the

effect of displacement fades away, and actually disappears even immediately after plant closure when the effect of tenure based severance payment is controlled for. Our evidence suggests that increasing the retirement age does not necessarily produce individuals who are "too old to work but too young to retire".

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Dépendance

36638

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

***La dépendance des personnes âgées. Eléments de travail.***

Paris : Igas : 2007/09 : 22p.

Cote Irdes : B6313

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000561/0000.pdf>

Ce rapport examine les conséquences financières induites par la perte d'autonomie des personnes âgées. Sont examinés successivement : les produits d'assurance couvrant la perte d'autonomie, les évaluations financières de la perte d'autonomie des personnes âgées, les aides au logement pour les personnes âgées en établissement, les dépenses fiscales en faveur des personnes en situation de perte d'autonomie, la pension d'invalidité du régime général, l'évaluation du surcoût du logement généré par la perte d'autonomie. Enfin le rapport présente également la péréquation financière entre collectivités locales en Suède.

### ► Incapacité

34397

DOCUMENT DE TRAVAIL  
 LAFORTUNE (G.), BALESTAT (G.)  
 Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Health Committee. Paris. FRA

***Trends in severe disability among elderly people : assessing the Evidence in 12 OECD countries and the future implications.***



Paris : OCDE : 2007 : 51p., tabl.

Cote Irdes : B5889

<http://lysander.sourceoecd.org/vl=2574698/cl=14/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5l4qq1z14qg5.pdf>

Alors que le nombre et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vont continuer de s'accroître dans les pays de l'OCDE au cours des prochaines décennies, une amélioration de l'état fonctionnel des personnes âgées pourrait contribuer à ralentir l'augmentation de la demande et des dépenses pour les soins de longue durée. Cette étude examine les tendances les plus récentes concernant l'évolution de l'incapacité parmi la population âgée de 65 ans et plus dans 12 pays de l'OCDE : Australie, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Italie, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis. L'étude se concentre sur l'incapacité sévère (ou la dépendance), définie dans la mesure du possible comme une ou plusieurs limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ, comme la capacité de se nourrir, de faire sa toilette, de s'habiller et de sortir du lit), étant donné que ce sont de telles limitations qui tendent à être associées à des demandes pour des soins de longue durée. Un des principaux résultats de cette revue est qu'il y a eu une diminution claire de la prévalence de l'incapacité sévère parmi la population âgée dans seulement cinq des douze pays étudiés (Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas et États-Unis). Par ailleurs, dans trois pays (Belgique, Japon, Suède), on observe une augmentation de la prévalence de l'incapacité sévère parmi les personnes âgées au cours des cinq ou dix dernières années, alors que les taux ont été stables dans deux pays (Australie, Canada). Enfin, en France et au Royaume-Uni, il n'est pas possible pour l'instant de tirer des conclusions définitives, parce que les résultats des analyses de tendance divergent selon les sources (enquêtes) utilisées. Une des principales implications politiques de ces résultats est qu'il ne serait pas prudent de la part des décideurs politiques de compter sur une réduction à venir de la prévalence de l'incapacité sévère chez les personnes âgées pour compenser l'augmentation de la demande de soins de longue durée qui résultera du vieillissement de la population. Même si la prévalence de l'incapacité sévère a diminué dans une certaine mesure dans quelques pays, il est à prévoir que le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie vont contribuer à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Les résultats de l'exercice de projections jusqu'en 2030 pour

tous les pays, quelles que soient les tendances passées de la prévalence de l'incapacité, viennent appuyer cette conclusion.

## ► Longévité

35724

DOCUMENT DE TRAVAIL

BALIA (S.)

Centro Ricerche Economiche Nord Sud.

(C.R.E.N.O.S.). Calgiari. ITA

### ***Reporting expected longevity and smoking: evidence from the SHARE.***

*Longévité espérée et consommation de tabac : résultats issus de l'enquête SHARE.*

Calgiari : CRENOS : 2007/05 : 15p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6126

<http://www.crenos.it/working/pdf/07-05.pdf>

This paper investigates formation of expected longevity in an elderly population. We use Italian data from the early (2004) release of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The SHARE provides a numerical measure for subjective survival probability (SSP). To assess internal consistency and investigate validity of SSP as a proxy of actual mortality, we compare SSP to life tables and look at the variation with health, smoking and socio-economic variables. In a multivariate framework, we propose a recursive model for expected longevity, self-assessed health and smoking duration, where health and smoking variables are potentially endogenous. Unobservable individual-specific heterogeneity is considered by estimating a finite mixture model via the EM algorithm, which allows division of the population according to different latent classes and estimation of class membership probabilities. Our mixture model fits the data better than the single class model and provides evidence of individual unobserved heterogeneity in the formulation of survival expectations. Expectations are shown to vary most with health status, socio-economic characteristics, parental mortality and age. Two-types of individuals in the population are identified, that differ in terms of unobservable frailty and rationality in addiction. We also find differences between current and former smokers in the way they discount future consequences of tobacco consumption on health and mortality risk. Our findings suggest caution in the use of SSP as a proxy of actual mortality.

## ► Prise en charge

36102

FASCICULE  
COQUILLION (M.)

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

### ***L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins.***

Paris : Editions des journaux officiels : 2007 :  
78p.

Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000615/0000.pdf>

L'allongement de la durée de la vie est une caractéristique positive de notre société qui pose cependant des défis majeurs à la solidarité entre les générations, à l'organisation médicale, sociale et familiale. Le Conseil économique et social formule, dans cet avis, un certain nombre de propositions relatives à la prévention de la dépendance, à la recherche sur les maladies neuro-dégénératives, aux conditions d'hospitalisation des personnes âgées, à leur maintien à domicile et enfin au pilotage de la prise en charge de la dépendance.

36140

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MANFRED (H.)

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Direction Générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL

### ***Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European Union.***

*Soins de longue durée pour les personnes âgées : l'avenir des services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne.*

Bruxelles : Commission Européenne : 2007 :  
48p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6190

[http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest/pr\\_be\\_07\\_discussion-paper](http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest/pr_be_07_discussion-paper)

Les services sociaux d'intérêt général, dans toute leur diversité en termes de missions, d'organisation, de statut, de système de financement, mènent une vaste gamme d'activités complexes qui s'adressent potentiellement à tous les citoyens, mais aussi, dans bien des cas, aux personnes les plus vulnérables, afin de satisfaire leurs besoins essentiels grandis-

sants dans nos sociétés. La communication de la Commission du 26 avril 2006 sur les Services sociaux d'intérêt général leur a reconnu certaines particularités. C'était un pas important vers une clarification de la nature de ces services par rapport aux dispositions européennes applicables. On manque encore, cependant, d'informations plus concrètes et approfondies, d'échanges et d'analyses sur la façon dont ces services sont organisés (on constate une augmentation du nombre et de la diversité des acteurs), et sur les conditions dans lesquelles ils fonctionnent dans nos pays, en gardant à l'esprit la mission d'intérêt général qu'ils remplissent et leur contribution à la cohésion sociale. Ces échanges nous aideront à mieux appréhender ces services dans le contexte européen, afin d'aborder la question d'un équilibre nécessaire entre, d'une part, les règles de concurrence en vigueur dans le marché intérieur et, d'autre part, les dispositions reconnaissant les enjeux sociaux vitaux qui dépendent de services pleinement opérationnels. Afin d'approfondir les échanges, l'évaluation par les pairs se concentrera sur les services de soins non curatifs à long terme pour les personnes âgées.

## ► Retraite

34887

DOCUMENT DE TRAVAIL  
SKINNER (J.)

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

### ***Are you sure you're saving enough for retirement ?***

*Est-vous sûr d'avoir économisé assez pour la retraite ?*

NBER Working Paper Series ; n° 12981.

Cambridge : NBER : 2007/03 : 35p., fig., tabl.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12981>

Many observers believe current aging baby boomers are woefully unprepared for retirement. Others raise the prospect that Americans are saving too much for retirement. This paper attempts to reconcile these contrasting views using a simple life cycle model and a more sophisticated retirement program, ES-Planner, with special reference to retirement prospects for economists. I find most households with post-graduate degrees fall short of the wealth needed to smooth spending through retirement. Of course, there are ways to economize during retirement: stepping up

household production (cooking at home rather than eating out), selling one's house, or maintaining the modest individual consumption levels from when children still roamed the house. But ultimately, I argue these laudable strategies to reduce retirement expenses will be dwarfed by rapidly growing out-of-pocket medical expenses. The combination of eroding retiree health benefits and the risk of catastrophic future out-of-pocket health spending suggests that even conventional retirement planning recommendations could be too low.

36364

DOCUMENT DE TRAVAIL

BLOOM (D.E.), CANNING (D.), MOORE (M.)  
Harvard Initiative for Global Health. Harvard School of Public Health. Program of the Global Demography of Aging. Boston MA. USA

***Optimal Retirement and Saving with Healthy Aging.***

*Retraite optimale pour un vieillissement en bonne santé.*

PGDA Working Paper Series ; n° 26.

Boston : Harvard Initiative for Global Health : 2007/09 : 40p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6231

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ghm:wpaper:2607&r=hea>

We construct a model in which retirement occurs at the end of life as a result of declining health. We show that improvements in life expectancy, coupled with a delay in the onset of disability, create a wealth effect that increases both the optimal consumption level and the proportion of life spent in leisure. For social security systems whose goal is to mimic optimal behavior, the appropriate response to longer, healthier lives is to reduce contribution rates and increase benefit rates, funded by an increase in the retirement age that is less than proportional to the increase in life expectancy.

## ► Sociologie

36429

OUVRAGE

REGENT (J.J.) / éd.

Institut Kervegan. Nantes. FRA

***Seniors. Dis moi ton âge.***

Nantes : Institut Kervegan : 2007/10 : 151p., photos.

Cote Irdes : B6270

Cet ouvrage est issu des réflexions et des débats ouverts par l'Institut Kervegan sur les relations intergénérationnelles et de genre. Il étudie les différents temps des vieillissements dans la sphère privée ou publique, à travers des témoignages d'acteurs de la société civile, des réflexions d'experts en sciences sociales et des travaux des membres de l'Institut Kervegan.

## ► Vieillesse

35172

OUVRAGE

GUINCHARD-KUNSTLER (P.), RENAUD (M.T.)

***Mieux vivre la vieillesse. 100 réponses aux questions des personnes âgées et leur entourage.***

Ivry-sur-Seine : les Editions de l'Atelier / Les Editions Ouvrières : 2006 : 255p.

Cote Irdes : C, A3580

À quel âge est-on vieux ? Comment choisir entre le maintien à domicile et la maison de retraite ? Comment éviter de faire à la place des personnes âgées ? Que peuvent-elles apporter à la société ? Peut-on communiquer avec celles atteintes de démence sénile ? Où s'informer sur leurs droits, trouver aide et soutien ? Après 60 ans commence une longue période de la vie que l'on n'ose plus appeler la vieillesse. Ce livre répond à plus de cent questions clés pour dépasser la peur de l'âge. Réunissant une somme impressionnante d'informations sur le vieillissement, les auteurs décryptent l'attitude de la société à l'égard des personnes âgées et mettent à mal un certain nombre de clichés. Il n'est pas vrai que nous serons tous victimes de la maladie d'Alzheimer. De plus en plus de vieillards vivent chez eux sans avoir besoin d'être hospitalisés. La surconsommation de médicaments est la cause de nombreuses maladies et de décès. Les vieux ont une vie sexuelle qu'il faut respec-

ter. Il est possible de créer des logements où se rencontrent des jeunes et des personnes âgées au lieu de les cantonner chacun dans leurs espaces. Cet ouvrage s'adresse aux personnes âgées et à leur entourage : enfants, soignants et tous ceux qui croient que la vie ne s'arrête pas avec la vieillesse. Présentant les initiatives innovantes et les coordonnées de plus de cinquante associations, ce guide démontre qu'il est possible de mieux vivre en donnant aux vieux la place qui doit être la leur dans la société (tiré de la 4e de couv.)

35713

OUVRAGE  
BARNAY (T.) / éd., SERMET (C.) / éd.

***Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux.***

Paris : la documentation Française : 2007 : 188p., fig., tabl.

Cote Irdes : A3614, R1671

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/etudes-df/resume/vieillissement.shtml>

Réunissant les analyses de spécialistes, cet ouvrage évoque les multiples conséquences du vieillissement de la population qui touche les pays européens, à travers quelques thèmes centraux : l'état de santé des personnes âgées, les solidarités familiales, l'emploi des seniors, les dépenses de santé et celles liées à la retraite, à la dépendance... En 2050, un Européen sur trois aura plus de 60 ans et un sur dix plus de 80 ans : c'est la plus grande mutation démographique de l'histoire contemporaine du continent. Elle soulève d'ores et déjà nombre de questions sanitaires, économiques, sociales et politiques : comment vieillira-t-on demain ? Dans quel état de santé ? Dans quelles conditions de vie ? (montants des retraites, prise en charge de la dépendance et des dépenses de santé) (4e de couverture).

36437

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CALVO (E.)

***Does working longer make people healthier and happier?***

*Est ce que le fait de travailler plus longtemps fait que les personnes sont en meilleure santé et plus heureuses ?*

Munich : Munich University Library : 2007/11 : 8p.+annexes, tabl.

Cote Irdes : B6273

[http://mpira.ub.uni-muenchen.de/5606/1/MPRA\\_](http://mpira.ub.uni-muenchen.de/5606/1/MPRA_)

[paper\\_5606.pdf](#)

While it is clear that working longer would benefit older Americans financially, less attention has focused on the non-monetary effects of work at older ages. This brief addresses the impact of late-life paid work on physical and psychological well-being. The first section reviews the literature on work at older ages and elderly well-being. The second section describes the analysis. The third and fourth sections present the results. The fifth section identifies vulnerable groups. A final section offers concluding thoughts.

36482

DOCUMENT DE TRAVAIL  
WHITEHOUSE (E.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.C.). Paris. FRA

***Life-expectancy risk and pensions. Who bears the burden?***

*Risque lié à l'espérance de vie et pensions de retraite. Qui supporte la charge ?*

OECD social - employment and migration working papers ; 60.

Paris : OCDE : 2007 : 44p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6275

<http://www.oecd.org/dataoecd/3/50/39469901.pdf>

Les deux tiers des réformes des systèmes de retraite dans les pays de l'OCDE mises en oeuvre ces 15 dernières années comportent des mesures prises pour indexer de manière automatique les futures retraites sur l'évolution de l'espérance de vie. Cette révolution qui s'opère tranquillement dans les politiques de pensions signifie que les coûts financiers engendrés par des vies plus longues seront partagés entre les générations en appliquant une règle plutôt que de répartir cette charge sous l'action de conflits politiques, tel que dans le passé. Par conséquent, près de la moitié des pays de l'OCDE - 13 sur 30 - ont maintenant des liens automatiques entre les pensions et l'espérance de vie dans leurs régimes de retraite, comparé à seulement un pays (Danemark) il y a dix ans. En effet, cette politique apparaît comme étant une des innovations plus importantes en matière de politiques de pensions ces dernières années. Le lien fait à l'espérance de vie a été réalisé de quatre manières différentes...



### ► Enfants

34446

RAPPORT

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

***La pauvreté des enfants en perspective :  
vue d'ensemble du bien-être des enfants  
dans les pays riches.***

Florence : Centre de recherche Innocenti de  
l'UNICEF : 2007 : 48p., tabl.

Cote Irdes : B5898

[http://oned.gouv.fr/documents/rapport\\_ UNICEF\\_Bien\\_etre\\_des\\_enfants.pdf](http://oned.gouv.fr/documents/rapport_UNICEF_Bien_etre_des_enfants.pdf)

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF diffuse son septième bilan, axé sur le bien-être des enfants et des adolescents dans les pays économiquement avancés, qui fournit la première évaluation générale en la matière. Les six dimensions retenues pour mesurer le bien-être de l'enfant – bien-être matériel, santé et sécurité, éducation, relations avec la famille et les pairs, comportements et risques, et sentiment subjectif de bien-être des jeunes eux-mêmes – présentent un cadre général de la situation des enfants, aucune de ces dimensions ne représentant valablement à elle-seule le bien-être des enfants dans son ensemble.

### ► Étrangers

34722

RAPPORT

Comité Médical pour les Exilés. (COMEDE).  
Kremlin-Bicêtre. FRA.

***La santé des exilés : rapport d'activité et  
d'observation 2006.***

Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les  
exilés : 2007 : 52p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3568

En 28 ans d'existence, l'accueil de 87 000 patients de 130 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. Les rapports annuels d'activité et d'observation du Comede sont destinés aux partenaires financiers et opérationnels du Comede, ainsi qu'aux acteurs de la santé publique et de la santé des migrants en France.

36376

RAPPORT

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

***Enquête européenne sur l'accès aux soins  
des personnes en situation irrégulière.***

Paris : Médecins du Monde : 2007/06 : 76p.

Cote Irdes : B6245

[http://www.medecinsdumonde.org/fr/layout/set/print/publications/les\\_rapports/enquete\\_europeenne\\_sur\\_l\\_acces\\_aux\\_soins\\_des\\_personnes\\_en\\_situation\\_irreguliere\\_observatoire\\_europeen\\_de\\_l\\_acces\\_aux\\_soins\\_des\\_medecins\\_du\\_monde](http://www.medecinsdumonde.org/fr/layout/set/print/publications/les_rapports/enquete_europeenne_sur_l_acces_aux_soins_des_personnes_en_situation_irreguliere_observatoire_europeen_de_l_acces_aux_soins_des_medecins_du_monde)

Entre 2005 et 2006, l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde a mené une enquête statistique dans 7 pays de l'Union européenne, auprès des personnes en situation irrégulière. Après un état démographique et social, le rapport fait le point sur l'état de santé, l'accès aux soins et les obstacles à une couverture sociale. Médecins du monde souligne que d'une manière générale, les personnes sont dans un mauvais état de santé (problèmes digestifs, ostéoarticulaires, gynécologiques et de santé mentale), n'ont pas accès à la couverture sociale et ne sont pas informées de leurs droits en la matière, notamment en ce qui concerne le dépistage du VIH, la vaccination des enfants. Seul un tiers des personnes souffrant d'un problème de santé chronique bénéficie d'un traitement en cours.

### ► Inégalités de santé

35789

RAPPORT

Erasmus University. Department of Public  
Health. Rotterdam. NLD

***Tackling health inequalities in Europe : an  
integrated approach. Eurothine. Final Report.***

S'attaquer aux inégalités de santé en  
Europe : l'approche intégrée d'Eurothine.  
Rapport final.

Rotterdam : Erasmus University : 2007/08 :  
633p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6135 1-2

<http://mgzlx4.erasmusmc.nl/eurothine/>

The Eurothine project is a large international project aimed to improve the description of health inequalities in Europe and to enhance the evidencebase for policies to reduce inequalities in health. Its two principal objectives were : to prepare international overviews that

provide bench-marking data on inequalities in mortality, morbidity and health determinants to participating countries; to assess evidence of the effectiveness of policies and interventions to tackle inequalities, and to make recommendations on strategies for reducing health inequalities in participating countries.

36179

RAPPORT

MACKENBACH (J.P.), MEERDING (W.J.), KUNST (A.E.)

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs. Bruxelles. BEL

***Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union.***

*Implications économiques des inégalités socio-économiques de santé dans l'Union européenne.*

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2007/07 : 159p.

Cote Irdes : B6210

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf)

What would be the economic impact of improving the health of groups with a lower socioeconomic status to that of more advantaged sections of the population ? This report aims to answer this question for the European Union, by addressing the following subquestions. Firstly, how should we conceptualize the economic impact of socioeconomic inequalities in health, and how can we measure this ? Secondly, how large are socioeconomic inequalities in health in the European Union, and what is the magnitude of the burden of ill health and premature mortality associated with inequalities in health ? Thirdly, what is the economic impact of the socioeconomic inequalities in health in the European Union ? And finally, what actions can reasonably be taken to reduce socioeconomic inequalities in health, and what would be the economic benefits of investing in these strategies ?

36361

DOCUMENT DE TRAVAIL

ERREIGERS (G.)

University of Antwerp. Department of Economics. Antwerpen. BEL

***Beyond the Health Concentration Index: An Atkinson Alternative for the Measurement of the Socioeconomic Inequality of Health.***

*Au-delà de l'index de concentration santé : l'alternative d'Atkinson pour la mesure des inégalités de santé*

Antwerpen : University of Antwerp : 2006/10 : 27p., tab.

Cote Irdes : B6228

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ant:wpaper:2006029&r=hea>

The Health Concentration Index is a frequently used indicator for the measurement of the socioeconomic inequality of health. This note starts from a discussion of some of the weaknesses of this index. It then presents two possible alternative measures. The first is an adaptation of the Concentration Index. The second and more important of the two is constructed by following an Atkinson approach.

36363

DOCUMENT DE TRAVAIL

MACINTYRE (S.)

Medical Research Council. (M.R.C.). Social and Public Health Sciences Unit. Glasgow SCO

***Inequalities in health in Scotland : what are they and what we can do about them?***

*Les inégalités de santé en Ecosse : que sont-elles et que peut-on faire à ce sujet ?*

Occasional Paper ; n° 17.

Glasgow : MRC : 2007/10 : 19p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6230

<http://www.sphsu.mrc.ac.uk/files/File/reports/OP017.pdf>

This paper outlines key facts about socioeconomic inequalities in health in Scotland. It recommends key principles for effective policies to reduce inequalities in health. These include: Maintaining and extending equity in health and welfare systems ; Levelling up, not down ; Reducing inequalities in life circumstances, especially education, employment, and income ; Prioritising early years interventions, and families with children. Summarising lessons learnt from research on how best to reduce inequalities in health, the paper recommends



putting a high priority on changes in the physical and social environment (for example, building and planning regulations, fiscal policies, and reducing price barriers to health-promoting goods and services), rather than information-based campaigns or interventions which require people to opt in.

36407

OUVRAGE  
LOUE (S.)

***Assessing race, ethnicity, and gender in health.***

*Evaluer la race, l'ethnicité et le genre en santé.*

New York : Springer : 2006 : 158p., tabl., index  
Cote Irdes : A3639

Where there are patients, clients, or study participants, there are data. And when data involve personal variables of race, ethnicity, gender, and/or sexual orientation, questions of relevance and marginalization often arise. Assessing Race, Ethnicity, and Gender in Health Research brings needed clarity to the debate by identifying the ethical issues as well as the technical challenges inherent in measuring these elusive concepts. Sana Loue expands on her work begun in Gender, Ethnicity, and Health Research by paralleling the evolution of racial and sexual categories with the development of health research. Her review of the literature clearly explains when and why the use of classification systems may be both clinically and morally appropriate. In addition, Loue provides a salient guide to assessment tools currently used in measuring racial and sexual constructs, identity, and experience : Overview of categories in their sociopolitical context : Self-definition vs. definition by others: methodological considerations ; Review of the overlapping roles of race, ethnicity, and sexual orientation in health, health care, and health care disparities ; Selected measures for assessing ethnicity, ethnic identification, and levels of acculturation ; Suggested dimensions for assessing sexual orientation ; Current diagnostic criteria for gender identity disorder. Given the prevalence of ethnic- and gender-based data collection throughout the health and mental health fields, this book's usefulness is not limited to the research community. Physicians, therapists, social workers, and sociologists will find this clear-minded volume an important source of instruments - and insights.

36408

OUVRAGE  
SATCHEL (D.), PAMIES (R.J.)

***Multicultural medicine and health disparities.***

*Médecine multiculturelle et disparités de santé.*

New York : McGraw-Hill : 2006 : XIII-577p., tabl., graph, fig., index

Cote Irdes : A3640

<http://www.amazon.com/Multicultural-Medicine-Health-Disparities-Satcher/dp/0071436804>

The first comprehensive textbook on health disparities in the United States should hit the bookshelves in November, Dr. Rubens J. Pamies said at the annual meeting of the National Medical Association. Coedited by Dr. Pamies and Dr. David Satcher, former U.S. surgeon general and now director of Morehouse School of Medicine's National Center for Primary Care, Atlanta, the book compiles resources previously available only in journal articles. It should fill a number of needs, said Dr. Pamies, vice chancellor for academic affairs and professor of internal medicine at the University of Nebraska, Omaha. Fewer than half of U.S. medical schools offer a formal curriculum on health disparities, he noted. The book, with a working title of «Multicultural Medicine and Health Disparities,» aims to provide a compendium of information not only for health care workers and administrators, but also for political scientists, sociologists, historians, and others. This could help broaden the national dialogue on health disparities and stimulate education of minority professionals, Dr. Pamies said. Chapters of the book by experts in different medical and health specialties will provide data on health problems facing racial and ethnic minorities and how these contribute to health disparities, compared with whites, as well as other disparities defined by geography, age, gender, disability status, or sexual orientation. The authors will forecast future problems expected if health disparities are not addressed and recommend steps that medical professionals can take to eliminate these disparities.

36203

OUVRAGE  
GRAHAM (H.)

***Unequal lives : health and socioeconomic inequalities.***

*Des vies inégales : inégalités de santé et inégalités socio-économiques.*

Berkshire : Open University Press : 2007 : 20-215p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3631

<http://www.mcgraw-hill.co.uk/html/0335213693.html>

Unequal Lives provides an evidence-based introduction to social and health inequalities. It brings together research from social epidemiology, sociology and social policy to guide the reader to an understanding of why people's lives and people's health remain so unequal, even in rich societies where there is more than enough for all. The book introduces the non-specialist to key concepts like health inequalities and health inequities, social class and socioeconomic position, social determinants and life course, as well as to the key indicators of health and socioeconomic position. It provides a wealth of evidence on socioeconomic inequalities in health at both national and global level, and explores how these inequalities persist as countries industrialise, patterns of employment and family life change, and chronic diseases emerge as the big killers. Consideration is given to policy and its impact on inequalities within the UK, Europe and beyond and an assessment made of health inequalities throughout the life.

## ► Inégalités sociales

34383

RAPPORT  
CHEVALIER (P.), DOLLE (M.)  
Conseil National de l'Information Statistique.  
(C.N.I.S.). Paris. FRA

***Niveaux de vie et inégalités sociales.***

Paris : CNIS : 2007/03 : 117p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5882

[http://www.cnis.fr/agenda/DPR/Dpr\\_0465.pdf](http://www.cnis.fr/agenda/DPR/Dpr_0465.pdf)

Le groupe de travail sur les niveaux de vie et les inégalités sociales a été créé suite à une proposition de l'assemblée plénière du Cnis. Comment mettre en place un système cohérent d'informations annuelles sur les inégalités sociales, les revenus et la pauvreté ? Comment faire en sorte qu'il soit facilement ac-

cessible au grand public comme aux initiés ? Quels indicateurs proposer ? Quel niveau de désagrégation ? Quelles améliorations apporter au dispositif actuel ? Autant de questions auxquelles le groupe essaie d'apporter des réponses sous la forme d'une soixantaine de propositions. Certaines sont plus stratégiques, et conditionnent la création même d'un système cohérent d'informations sur les inégalités sociales. D'autres concernent des opérations en cours ; leur réalisation permettrait des progrès majeurs dans certains domaines. Dans le cadre de sa réflexion, le groupe propose également deux listes d'indicateurs pour l'étude des inégalités : d'abord, une liste d'indicateurs de base, puis une liste restreinte à une dizaine, sur laquelle pourraient s'appuyer les efforts de communication. Dans le temps, le suivi des recommandations et de leur mise en œuvre permettra d'évaluer les avancées dans les différents domaines.

36623

OUVRAGE  
Observatoire des Inégalités. Tours. FRA,  
Alternatives Economiques. Paris. FRA

***Inégalités : l'essentiel.***

Les Dossiers de l'Observatoire ; n° 1.

Tours : Observatoire des Inégalités : 2007/09 : 36p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3649

Le thème des inégalités est au cœur du débat public, mais de quoi parle-t-on au juste ? L'Observatoire des inégalités publie "Inégalités : l'essentiel", le premier numéro de la série des «Dossiers de l'Observatoire». Cette publication synthétise les principaux éléments d'information sur les inégalités en France : les questions clés et les chiffres de base.

## ► Jeunes adultes

34855

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CARPENTER (C.), COOK (P.J.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Cigarette taxes and youth smoking : new evidence from national, state and local youth risk behavior surveys.***

*Taxes sur les cigarettes et tabagisme des jeunes : nouvelles données issues d'enquêtes menées aux niveaux national, local et fédéral sur les comportements à risque des jeunes.*

NBER Working Paper Series ; n° 13046.  
Cambridge : NBER : 2007/05 : 26p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193  
<http://papers.nber.org/papers/w13046>

Several studies have examined the effects of state cigarette tax increases on youth substance use over the 1990s, with most -but not all -finding that higher taxes reduce youth consumption of tobacco. We advance the literature by using data from the 1991-2005 waves of the national Youth Risk Behavior Surveys (YRBS), providing information on over 100,000 high school age youths. We also are the first to make use of hundreds of independently fielded state and local versions of the YRBS, reflecting data from over 750,000 youths. Importantly, these data are to our knowledge the only sources of relevant information on youth smoking that were explicitly designed to be representative of the sampled state or locality. We estimate two-way fixed effects models of the effect of state cigarette taxes on youth smoking, controlling for survey demographics and area and year fixed effects. Our most consistent finding is that -contrary to some recent research- the large state tobacco tax increases of the past 15 years were associated with significant reductions in smoking participation and frequent smoking by youths. Our price elasticity estimates for smoking participation by high school youths are generally smaller than previous cross-sectional approaches but are similar to recent quasi-experimental estimates.

36201  
DOCUMENT DE TRAVAIL  
MONHEIT (A.C.), VISTNES (J.P.), ROGOWSKI (J.A.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Overweight in adolescents : implications for health expenditures.***

*Surpoids des adolescents : impact sur les dépenses de santé.*

NBER Working Paper Series ; n° 13488.  
Cambridge : NBER : 2007/10 : 49p., tabl., annexes  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w13488>

We consider two compelling research questions raised by the increased prevalence of overweight among adolescents. First, what factors explain variation in adolescent bodyweight and the likelihood of being overweight? Next, do overweight adolescents incur greater

health care expenditures compared to those of normal weight? We address the former question by examining the contribution of individual characteristics, economic factors, parental and family attributes, and neighborhood characteristics to variation in these bodyweight outcomes. For the second question, we estimate a two-part, generalized linear model of health spending. Using data from the Medical Expenditure Panel Survey, our econometric analyses indicate that adolescent bodyweight and the likelihood of being overweight are strongly associated with parental bodyweight, parental education, parental smoking behavior, and neighborhood attributes such as the availability of fresh food markets and convenience/snack food outlets, and neighborhood safety and material deprivation. Our expenditure model indicates that overweight females have annual expenditures that exceed those of normal weight by nearly \$800 with part of the disparity explained by differences in mental health expenditures. We use both sets of empirical results to draw implications for policies to address adolescent overweight.

## ► Pauvreté

35110  
RAPPORT  
CAUSSEN (N.K.), FASS (S.)  
National Center for Children in Poverty.  
(N.C.C.P.). New York. USA

***Measuring income and poverty in the United States.***

*Mesurer le revenu et la pauvreté aux Etats-Unis.*  
New York : NCCP : 2007/04 : 3p., tabl.  
Cote Irdes : B5996  
[http://www.nccp.org/publications/pdf/text\\_707.pdf](http://www.nccp.org/publications/pdf/text_707.pdf)

This fact sheet discusses how the U.S. government measures poverty, why the current measure is inadequate and what alternative ways exist to measure economic hardship.

35193  
RAPPORT  
BRANDOLINI (A.)  
Centre for Household Income Labour and Demographic Economics. (C.H.I.L.D.). Turin. ITA

***On synthetic indices of multidimensional well-being: health and income inequalities in France, Germany, Italy and the United Kingdom.***

*A propos d'indices synthétiques évaluant le bien-être de façon multidimensionnel : inégalités en matière de santé et de revenu en France, en Allemagne, Italie et au Royaume-Uni.*

Working Papers Child; 07/2007.

Turin : CHILD : 2007/01 : 32p., tabl.

Cote Irdes : B6013

[http://www.child-centre.it/papers/child07\\_2007.pdf](http://www.child-centre.it/papers/child07_2007.pdf)

The multidimensional view of well-being is receiving growing attention, both in academic research and policy-oriented analysis. This paper examines empirical strategies to measure poverty and inequality in multiple domains, concentrating on two problems in the use of synthetic multidimensional indices: the weighting structure of different functioning and the functional form of the index. These problems are illustrated by comparing inequality and deprivation in income and health in the four largest countries of the EU: France, Germany, Italy and the United Kingdom.

36349

RAPPORT

Secours catholique. Département Enquête et Études Statistiques. Paris. FRA

**Statistiques d'accueil 2006. Géographie de la pauvreté.**

Paris : Secours Catholique : (2007) : 39p., tabl., cartes

Cote Irdes : B6239

Ce rapport rend compte des situations de pauvreté rencontrées par le Secours catholique en 2006. Il comporte trois parties : Il présente tout d'abord le profil général des situations rencontrées qui s'appuie cette année sur un échantillon de 103 140 situations. Ce très grand nombre donne à cet échantillon une valeur hautement significative dans l'observation des difficultés rencontrées par les personnes et familles en France aujourd'hui, même si scientifiquement rien ne permet d'affirmer sa représentativité (ni d'ailleurs sa non-représentativité) de la population pauvre. A titre indicatif, il y a dans cet échantillon plus de 25 000 mères isolées, plus de 15 000 personnes ou familles sans ressources, plus de 4 500 personnes en situation d'illettrisme, plus de 10 000 personnes vivant en centre d'hébergement, en squat ou à la rue. Ensuite est présenté un atlas régional des formes de pauvreté rencontrées : où sont-elles les plus présentes ? quel lien peut-on faire entre les diverses caractéristiques ? Enfin, des fiches

régionales présentent des synthèses de ces constats et leur évolution récente.

## ► Population défavorisée

36329

RAPPORT

Médecins du Monde Mission France. (M.D.M.) Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.). Paris. FRA, Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA

**Rapport 2006 de l'observatoire de l'Accès aux soins des la Mission France de Médecins du Monde.**

Paris : Médecins du Monde : 2007/10 : 90p.

Cote Irdes : C, B6258

[http://www.medecinsdumonde.org/thematiques/l\\_observatoire\\_de\\_l\\_acces\\_aux\\_soins](http://www.medecinsdumonde.org/thematiques/l_observatoire_de_l_acces_aux_soins)

Ce septième rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde a été réalisé pour la quatrième année consécutive avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORSMIP), avec la collaboration cette année du cabinet DhP Consultant, pour l'analyse d'une partie des données médicales. Ce rapport annuel est élaboré à partir : des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ; des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ; des témoignages recueillis auprès des patients ; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité ; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins ainsi que des rapports d'activité des missions.

## ► RMI

36330

RAPPORT

AVENEL (C.), DONNE (S.)  
Caisse Nationale des Allocations Familiales. (C.N.A.F.). Paris. FRA

**La décentralisation du RMI trois ans après - Enquête auprès des CAF.**

Paris : Cnaf : 2007/10 : 59p.

Cote Irdes : B6257

<http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/DOSSIERSETUDES97?opendocument>



## D Démographie médicale

34410

RAPPORT , ARTICLE

NICOLAS (G.)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

**Le corps médical à l'horizon 2015.**

Paris : Académie Nationale de Médecine :

2007 : 413-425

Cote Irdes : B5894, P76

[http://www.urml-bretagne.fr/uploads/media/Le\\_corps\\_medical\\_a\\_l\\_horizon\\_2015.pdf](http://www.urml-bretagne.fr/uploads/media/Le_corps_medical_a_l_horizon_2015.pdf)

La médecine française est entrée dans une période de mutation dont les effets devraient être au maximum en 2015, notamment par l'effet de la croissance de la démographie médicale alors que la technicité et les coûts ne cessent de progresser. Cette situation doit être saisie comme une opportunité pour re-fondre en profondeur l'ensemble du système à partir d'objectifs prioritaires tenant compte des besoins de la population sur l'ensemble du territoire. L'organisation des soins primaires est la priorité à court terme en regroupant les professionnels de santé afin de faciliter l'accès aux malades et d'établir une permanence des soins. De la même façon, il faut établir un maillage hospitalier de premier niveau permettant d'assurer les urgences dans un délai de 3 heures. Cette mutation passe également par une profonde réforme des études médicales. Le mode de sélection actuel est inadapté. La formation des généralistes ne correspond pas à un métier exercé, et celle des spécialistes manque de souplesse. Enfin, il faut engager une réflexion sur les revenus des médecins afin de réduire les inégalités.

36131

RAPPORT

LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)

KAHN-BENSAUDE (I.) / dir.

Conseil National de l'Ordre des Médecins.

(C.N.O.M.). Paris. FRA

**L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007.**

Paris : Cnom : 2007 : 103p., tabl, ann.

Cote Irdes : B6197

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2007.pdf><http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/annexesatlas2007.pdf>

La loi du 18 décembre 2003 confie au département le pilotage intégral du dispositif du RMI. Les caisses d'Allocations familiales et les caisses de Mutualité sociale agricole restent les organismes gestionnaires du paiement de l'allocation. Une première enquête par questionnaire avait été conduite auprès de toutes les CAF en mai-juin 2005, permettant de dresser une évaluation in itinere de ce passage à une gestion décentralisée du RMI. Afin de connaître les évolutions intervenues depuis et d'approfondir la connaissance des partenariats qui se mettent en place localement entre les CAF et les départements, une seconde enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des CAF à l'automne 2006. Au moment de cette deuxième phase d'enquête, la plus grande partie des CAF avait signé leur convention depuis plus de deux ans. Extension accrue des délégations de compétences, demandes croissantes d'informations statistiques avec maintien des difficultés d'ajustement en la matière, renforcement de la politique de contrôle, maintien d'une vision globalement positive des CAF sur la décentralisation du RMI et le partenariat, qui se renforce, avec les départements, tels sont les traits saillants des changements observés depuis la précédente enquête.

## D Toxicomanie

36188

OUVRAGE

PERETTI-WATEL (P.), BECK (F.), LEGLEYE

(S.)

**Les usages sociaux des drogues.**

Paris : Presses Universitaires de France :

2007 : 226p., tabl.

Cote Irdes : A3627

En quoi les usages de drogues telles que le cannabis, l'alcool ou le tabac peuvent-ils être considérés comme sociaux ? Cet ouvrage met en lumière les mécanismes de construction du savoir dans ce domaine et apporte un éclairage nouveau sur des notions et des chiffres qui occupent une place toujours plus importante dans le débat public en France. Il étudie les produits les plus consommés par les jeunes et met en perspective quelques-uns des principaux problèmes liés aux addictions dans la société française contemporaine. La dimension sociale des usages de drogues apparaît ainsi comme une caractéristique essentielle, trop souvent oubliée ou sous-estimée : sa prise en compte permet de mieux comprendre les demi-succès, les difficultés et les échecs de la prévention.

Cet atlas sur la démographie médicale française, unique en son genre, présente un état des lieux de la répartition des effectifs, des densités et de l'évolution des effectifs des médecins spécialité par spécialité à l'échelle départementale et régionale au 1er janvier 2007. Il recense les médecins libéraux et salariés.

36378

RAPPORT  
JUILHARD (J.M.)  
Sénat. Paris. FRA

**Rapport d'information sur la démographie médicale.**

Paris : Sénat : 2007/10 : 86p.

Cote Irdes : B6249

<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>

Le nombre de médecins en exercice n'a jamais été aussi élevé et pourtant, les disparités entre régions deviennent trop importantes pour assurer un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Cette situation s'aggravera dans les années à venir. On prévoit une réduction du nombre de médecins en activité causée, d'une part, par une baisse de l'offre en raison du nombre insuffisant d'étudiants en formation et de nombreux départs en retraite, d'autre part, par le vieillissement de la population. Conscient de ce risque de pénurie, le gouvernement a concentré ses efforts sur les médecins dont la situation démographique est la plus critique au sein des professionnels de santé, et même plus particulièrement sur les médecins généralistes, les plus impliqués dans la prise en charge de premier recours. Depuis trois ans, des mesures ont été prises pour agir aux différentes étapes qui vont de la formation à l'installation des médecins. Elles visent à augmenter le nombre d'étudiants en formation et à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-médicalisées. Quelles améliorations faut-il en attendre ? Comment apporter à cette démographie médicale en crise les solutions qui permettent d'offrir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ? Tel est l'objet du présent rapport.

## ► Ile-de-France

36119

RAPPORT  
ATLAN (G.)  
Conseil Economique et Social Régional Ile-de-France. Paris. FRA

**Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France.**

Paris : CESR Ile-de-France : 2007/09 : 147p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : B6183

[http://www.cesr-ile-de-france.fr/cesr\\_doc/rapport\\_pdf/rapport05\\_sant\\_inegalites.pdf](http://www.cesr-ile-de-france.fr/cesr_doc/rapport_pdf/rapport05_sant_inegalites.pdf)

Ce rapport s'intéresse aux inégalités sociales de santé en Ile-de-France. Il établit un lien statistique clair entre les indicateurs de mortalité ou de morbidité (rapport entre le nombre de malade et celui de sa population) et la situation sociale des personnes.

## ► Indicateurs régionaux

36328

RAPPORT  
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris. FRA

**Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France.**

Paris : FNORS : 2007/06 : 89p.

Cote Irdes : B6002

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

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) a édité ces indicateurs qui ont pour vocation d'être des instruments de pilotage et d'amélioration de la politique de santé. Ces indicateurs décrivent, par région : le contexte démographique ; le contexte socio-économique ; la mortalité générale ; la mortalité prématurée, ainsi qu'une vue d'ensemble de la morbidité.



## ► Politique de la ville

35116

### RAPPORT

CHAMPION (J.B.), CHOFFEL (P.), DUPONT (E.), JAZOULI (A.), L'HOMOND-FERNANDEZ (S.), MENARD (F.), NIVIERE (D.), ZUCKER (E.)

Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.),  
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.),  
Observatoire National des Zones Urbaines  
Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

### **Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2006.**

Paris : Editions de la DIV : 2007 : 189p.

Cote Irdes : B6002

<http://www.ville.gouv.fr/pdf/editions/observatoire-ZUS-rapport-2006.pdf>

La loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la Ville donnait pour objectif à la politique de la ville, la réduction significative, sur une période de cinq ans, des écarts entre ses territoires prioritaires, les Zones urbaines sensibles (ZUS), et le reste des territoires urbains dans cinq grands domaines : l'habitat, l'emploi et l'activité économique, la réussite scolaire, la santé, la sécurité et la tranquillité publiques. Les indicateurs recueillis par l'Observatoire national des Zones urbaines sensibles (ONZUS) pour son troisième exercice portent pour la plupart sur la situation en 2005 (fin d'année ou premier trimestre 2006 pour les plus récents). Certains de ces indicateurs reflètent une dynamique positive, notamment dans le domaine économique avec les créations d'activités dans les Zones franches urbaines (ZFU), ou rendent compte de l'engagement du Programme national de rénovation urbaine (PNRU). Cependant, sur la période 2003-2005, la plupart de ces indicateurs n'attestent pas d'une réduction des inégalités entre les ZUS et leurs villes d'appartenance. Dans plusieurs domaines comme ceux de l'accès à l'emploi, de la réussite scolaire, de la concentration spatiale des situations de pauvreté ou de l'insécurité ressentie par les habitants, le processus de décrochage entamé depuis des années n'est pas enravé. On constate même le creusement d'écarts entre les quartiers classés en ZUS et les autres quartiers des agglomérations auxquelles ils appartiennent. Miroirs grossissants des difficultés économiques et sociales ou espaces spécifiques, les quartiers sensibles pourront-ils rejoindre la dynamique urbaine générale ? Il est trop tôt en tout cas pour mesurer le plein impact des politiques décidées depuis 2003.

36189

### RAPPORT

VIGNERON (E.) / préf., HAAS (S.) / préf.,  
BOURG-BROC (B.) / préf.  
Fédération des Maires des Villes Moyennes.  
(F.M.V.M.). Paris. FRA  
Caisse des Dépôts et Consignations.  
(C.D.C.). Paris. FRA

### **Les villes moyennes et la santé : éléments pour une stratégie territoriale de l'offre.**

Paris : FMVM : 2007/09 : 42p., tabl., carte

Cote Irdes : B6212

Comme à tout autre échelon, l'accès aux soins est une priorité au niveau de communes. Mais il est parfois difficile pour un maire de disposer de données consolidées. Dans cet esprit, la Fédération des Villes moyennes de France et la Caisse des Dépôts se sont intéressées ensemble à l'offre sanitaire et médico-social des villes moyennes. En se basant sur des données fournies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la santé, ce document effectue un état des lieux pour élaborer une stratégie territoriale de l'offre de santé pour les villes moyennes selon trois questions-clés : pourquoi, pour qui et comment ?

36440

### RAPPORT

Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.),  
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.),  
Observatoire National des Zones Urbaines  
Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

### **Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2007.**

Paris : ONZUS : 2007/10 : 155p.

Cote Irdes : B6287

<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/observatoire-rapport-2007.pdf>

Le présent rapport s'appuie, comme les années précédentes, sur les cinq indicateurs prévus par la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville : l'habitat, l'emploi et l'activité économique, la réussite scolaire, la santé, la sécurité et la tranquillité publiques. La loi fixe comme objectif à la politique de la ville la réduction significative, sur une période de cinq ans, des écarts entre ses territoires prioritaires, les zones urbaines sensibles (ZUS), et le reste des territoires urbains dans les cinq grands domaines précités.

## ► Rhône-Alpes

36128

RAPPORT

COURBIER (S.), ROUHAN (A.), DA SILVA (E.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.). Grenoble. FRA, Association Française d'Entérostoma-Thérapeutes. (A.F.E.T.). Lyon. FRA

**Enquête sur les besoins des médecins libéraux de Rhône-Alpes en stomathérapie.**

Etudes ; 556

Lyon : Careps : 2006/08 : 163p.

Cote Irdes : C, B6196

[http://www.urmlra.org/upload/urmlra/urm\\_etude/pj/RAPPORT\\_Final\\_stomatherapie.pdf](http://www.urmlra.org/upload/urmlra/urm_etude/pj/RAPPORT_Final_stomatherapie.pdf)

Afin d'identifier précisément les besoins en stomathérapie des médecins libéraux, cette enquête a été conduite, sur l'initiative de l'UR-ML Rhône-Alpes et de l'AFET, en mars 2006. Les médecins se sont exprimés sur les difficultés rencontrées pour la prise en charge pré et post-opératoire des patients stomisés et sur l'opportunité de structurer un réseau de santé dans ce sens, à l'échelle régionale.

## ► Systèmes d'information

35446

OUVRAGE

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

**Putting people and health needs on the map.**

*Mettre les personnes et les besoins en santé sur une carte.*

Genève : OMS : 2007 : 56p., cartes

Cote Irdes : A3602

The launch by WHO of an innovative public health mapping programme which promotes the use of computerized Geographical Information Systems (GIS) to improve disease surveillance, is transforming the way geographically linked information can be used to monitor disease, improve health care, and save lives. This publication shows how health mapping is being used by decision-makers to identify populations at risk, assess health care coverage, guide health sector strengthening, highlight the geographical spread of diseases and stratify risk factors. It also helps assess resource allocation, plan and target interven-

tions, support the monitoring and analysis of trends and support advocacy and fundraising. Part 1 highlights some of the ways in which health mapping and GIS are being used both in countries and at the global level to inform decision-making and improve health care. Part 2 looks at how public health mapping and GIS are being used across the board to support global efforts to roll back malaria. Part 3 examines how public health mapping and GIS are poised to become cutting-edge tools for disease surveillance and global health security in the 21st century.

## ► Territoires

36183

OUVRAGE

HASS (S.), VIGNERON (E.)

**Evaluation et territoires.**

Paris : La documentation française : 2007 : 102p., fig.

Cote Irdes : A3625

L'évaluation de l'impact territorial des politiques publiques permet d'éclairer les arbitrages qu'impose aux décideurs la prise en compte des territoires, selon les logiques sectorielles et territoriales. Pour autant, la dimension territoriale de cette évaluation reste encore mal ajustée. En s'appuyant sur les exemples des politiques de la santé, de la compétitivité et de la ville, les auteurs expliquent concrètement - comment construire des indicateurs d'impact territorial et comment en interpréter les données - qui intéresseront tous les acteurs de ces politiques.

## MÉDECINE LIBÉRALE

## ► Formation médicale

35865

RAPPORT

Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.). Fontenay sous Bois. FRA

**FPC 2006 des médecins libéraux : Formation Professionnelle Conventionnelle : rapport d'activité 2006.**

Fontenay sous Bois : OGC : 2007/09 : 63p.

Cote Irdes : B6159

[http://www.ogc.fr/fichiers/Donnee\\_globalesRA06.pdf](http://www.ogc.fr/fichiers/Donnee_globalesRA06.pdf)

Ce rapport d'activité de l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) de la Formation professionnelle conventionnelle (FPC) des médecins généralistes et spécialistes propose des données globales sur la FPC ; des données concernant la formation professionnelle des médecins généralistes et des médecins spécialistes ; des données sur l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'un récapitulatif par année.

## ► Information médicale

36335

RAPPORT  
BRAS (P.L.), RICORDEAU (P.), ROUSSILLE (B.), SAINTOYANT (V.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

### ***L'information des médecins généralistes sur le médicament.***

Paris : Igas : 2007/09 : 252p.

Cote Irdes : C, B6252

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000703/0000.pdf>

Si les médecins s'estiment globalement bien informés sur le médicament, ils font toutefois état de manques et de besoins et soulignent que l'information dont ils disposent est surabondante et qu'ils éprouvent des difficultés à l'ordonner et à la hiérarchiser. Tel est le constat du présent rapport qui se penche sur les différents acteurs en matière d'information sur le médicament. L'industrie pharmaceutique, à travers l'importance des moyens qu'elle déploie pour la promotion de ses produits, est un acteur prééminent dans le dispositif d'information des médecins, mais ses objectifs commerciaux (expansion de la prescription) ne correspondent pas systématiquement avec les exigences du bon usage du médicament. Les pouvoirs publics, par le biais de la HAS (Haute autorité de santé), l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), jouent un rôle jugé timide et ne disposent pas de moyens d'action suffisants, comparé à celui de l'industrie pharmaceutique. Il existe en outre une certaine confusion entre les actions de la HAS et de l'AFSSAPS. Sur la base de ce constat, la mission recommande notamment de donner à la HAS le pilotage de la politique d'information, compte tenu de la

loi de 2004 relative à l'assurance maladie. La CNAMTS doit quant à elle s'affirmer comme un acteur de la promotion du bon usage. Elle suggère par ailleurs aux pouvoirs publics de provoquer tant pour des raisons économiques que de qualité des soins, une diminution de la « pression promotionnelle » de l'industrie pharmaceutique.

## ► Médecine de groupe

36456

RAPPORT  
BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.), MOUSQUES (J.)  
FALCOFF (H.) / coll., CHEVREUL (K.) / coll.

### ***Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives.***

Paris : Irdes : 2007/11 : 175p.

Cote Irdes : R1675

En France, si la médecine de groupe tend à augmenter, elle reste moins développée que dans d'autres pays, notamment dans les disciplines cliniques de premiers recours comme la médecine générale, qualifiées à l'étranger de « soins primaires ». Dans l'objectif d'éclairer la situation française, la situation du regroupement des médecins généralistes a été analysée dans six pays européens et deux provinces canadiennes. Dans les pays où la médecine de groupe est majoritaire (Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Québec et Ontario), les processus de regroupement et les modes d'exercice des médecins sont variés. En Suède et en Finlande, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Les pays où la médecine de groupe est minoritaire (Allemagne, Belgique et Italie) se dirigent pour la plupart, comme c'est le cas pour la France, vers un exercice plus collectif de la médecine générale. Les politiques incitant au regroupement des médecins généralistes s'accompagnent le plus souvent de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins, etc. L'importance de la place accordée aux soins primaires dans chaque pays, de même que l'évolution de la demande et de l'offre de soins à partir des an-

nées quatre-vingt-dix, semblent constituer des déterminants importants du regroupement.

## ► Organisation des soins

36121

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOURGEAULT (Y. L.)

Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

***Who minds the gate ? Comparing the role of non physician providers in the primary care division of labour in Canada & the U.S.***

Hamilton : SEDAP : 2007/06 : 33p., tabl.

Cote Irdes : B6185

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap205.pdf>

Le rôle de premier plan des soins de santé primaires a été la compétence la plus féroce-ment défendue des systèmes de santé, cependant, plus récemment, cette pratique médicale a graduellement perdu en popularité. Ceci a permis d'ouvrir le marché à une variété de fournisseurs de « remplacement ». Dans cette étude, nous présentons des données comparatives documentaires et d'entretiens provenant du Canada et des États-Unis sur les changements et la composition de la division du travail dans le secteur des soins de santé primaires. Notre analyse démontre : 1) que le recours à des fournisseurs de soins de santé de remplacement est plus répandu aux États-Unis comme le démontre l'existence d'un plus grand nombre et d'une plus grande variété de fournisseurs de soins de santé primaires ; 2) il existe également aux États-Unis une plus forte propension vers la spécialisation des fournisseurs de soins de santé y compris parmi les fournisseurs de remplacement de soins de santé primaires; et 3) dans les deux pays, les fournisseurs de remplacement résistent à cette étiquette se concentrant plutôt sur leur propre modèle d'opération ou leur positionnement dans le secteur des soins de santé primaires (Résumé d'auteur).

## ► Permanence des soins

35866

RAPPORT

GRALL (J.Y.)

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

***Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins : rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin.***

Paris : MSSPS : 2007/08 : 46p.

Cote Irdes : B6160

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/grall\\_jy/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/grall_jy/rapport.pdf)

Ce rapport met en évidence les difficultés récurrentes de la permanence des soins, témoignant de la nécessité de faire évoluer un dispositif fragile, coûteux, au pilotage trop complexe. Afin d'y remédier, Jean-Yves GRALL décline une série de préconisations qui ont pour objectif de mettre en place un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins et d'avis médical de la population, sur l'ensemble du territoire.

## ► Pratique médicale

35712

OUVRAGE

WESTERT (G.P.) / éd., JABAAIJ (L.), SCHELLEVIS (F.G.) / éd.

***Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage.***

*Morbidité, performance et qualité des soins primaires. Pratiques en médecine générale aux Pays-Bas.*

Oxford : Radcliffe : 2007 : 296p., tabl., fig.

Cote Irdes : A3613

This book is based on the findings of a nationwide study, the aim of which was to analyse general practitioners' performance as gatekeepers of the Dutch healthcare system. The study was undertaken along six themes: the health of the population; inequalities in health; utilisation of care; quality of care; communication; organisation and workload. Morbidity, Performance and Quality in Primary Care involves 400,000 patients, 1.5 million recorded GP-patient contacts and 2.1 million drug prescriptions. This survey appears at a timely moment. It coincides with the recent interest in primary care arising not only from the growing importance of cost containment in healthcare,



but also from the now firmly established association between the life expectancy of a population and the existence of a strong primary care sector. The international interest in the Dutch situation is reflected in several chapters, where experts from all over the world put Dutch general practice into an international perspective.

36168

DOCUMENT DE TRAVAIL  
FRANCK (R.G.), ZECKHAUSER (R.J.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Custom made versus ready to wear treatments : behavioral propensities in physician's choices.***

*Traitement personnalisé versus traitement selon les normes : choix des médecins en fonction de leurs tendances comportementales.*

NBER Working Paper Series ; n° 13445.  
Cambridge : NBER : 2007/09 : 56p., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13445>

To customize treatments to individual patients entails costs of coordination and cognition. Thus, providers sometimes choose treatments based on norms for broad classes of patients. We develop behavioral hypotheses explaining when and why doctors customize to the particular patient, and when instead they employ «ready-to-wear» treatments. Our empirical studies examining length of office visits and physician prescribing behavior find evidence of norm-following behavior. Some such behavior, from our studies and from the literature, proves sensible; but other behavior seems far from optimal.

## ► Rémunération

35725

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

***Medicare : Geographic areas used to adjust physician payments for variation in practice costs should be revised.***

Washington : GAO : 2007/06 : 78p., tabl., annexes

Cote Irdes : B6127

<http://www.gao.gov/new.items/d07466.pdf>

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) adjusts Medicare fees for geographic differences in the cost of operating a medical practice. CMS uses 89 physician payment localities among which fees are adjusted. Concerns have been raised that the boundaries of some payment localities do not accurately address variations in physicians' costs. GAO was asked to examine how CMS has revised the localities; the extent to which they accurately reflect variations in physician's cost; and alternative approaches to constructing the localities. To do so, GAO reviewed selected Federal Register documents; compared data on the cost physicians incur in different areas with the Medicare geographic adjustment; and used the physician cost data to construct and evaluate alternative approaches.

35729

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GODAGER (G.), IVERSEN (T.)  
Université de Boston. Department of Economics. Boston. USA

***Service motives and profit incentives among physicians.***

Boston : Université de Boston : 2007/04 : 36p.  
Cote Irdes : B6131

We model physicians as health care professionals who care about their services and monetary rewards. These preferences are heterogeneous. Different physicians trade off the monetary and service motives differently, and therefore respond differently to incentive schemes. Our model is set up for the Norwegian health care system. First, each private practice physician has a patient list, which may have more or less patients than he desires. The physician is paid a fee-for-service reimbursement and a capitation per listed patient. Second, a municipality may obligate the physician to perform 7.5 hours per week of community services. Our data are on an unbalanced panel of 435 physicians, with 412 physicians for the year 2002, and 400 for 2004. A physician's amount of gross wealth and gross debt in previous periods are used as proxy for preferences for community service. First, for the current period, accumulated wealth and debt are predetermined. Second, wealth and debt capture lifestyle preferences because they correlate with the planned future income and spending. The main results show that both gross debt and gross wealth have negative effects on physicians' supply of community health services. Gross debt and wealth have no effect on fee-for-service income per listed person in the physician's practice, and

positive effects on the total income from fee-for-service; hence, the higher income from fee-for-service is due to a longer patient list. Patient shortage has no significant effect on physicians' supply of community services, a positive effect on the fee-for-service income per listed person, and no effect on the total income from fee-for service. These results confirm physician preference heterogeneity.

## ► Responsabilité médicale

34337

RAPPORT  
BRAS (P.L.), D'AUTUME (C.), ROUSSILLE (B.), SAINTOYANT (V.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

### ***L'assurance en responsabilité civile médicale.***

Paris : Igas : 2007/02 : 62p., tabl.  
Cote Irdes : B5871

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000243/0000.pdf>

Par lettre de mission du 4 octobre 2006, le ministre de la santé et des solidarités a chargé l'Inspection générale des affaires sociales d'expertiser le fonctionnement du marché de l'assurance en responsabilité civile médicale, en particulier celui des gynécologues-obstétriciens.

## ► Satisfaction des malades

34393

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HOLE (A.R.)  
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

### ***Modelling heterogeneity in patients' preferences for the attributes of a general practitioner appointment.***

*Construction d'un modèle d'hétérogénéité des préférences des patients en matière d'attribution d'un rendez-vous chez le médecin généraliste.*

CHE Research Paper Series ; n° 22  
York : CHE : 2007/01 : 41p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp22.pdf>

This paper examines the distribution of preferences in a sample of patients who responded to a discrete choice experiment on the choice

of general practitioner appointments. In addition to standard logit, mixed and latent class logit models are used to analyse the data from the choice experiment. It is found that there is significant preference heterogeneity for all the attributes in the experiment and that both the mixed and latent class models lead to significant improvements in fit compared to the standard logit model. Moreover, the distribution of preferences implied by the preferred mixed and latent class models is similar for many attributes.

## HÔPITAL

## ► Chirurgie ambulatoire

35111

RAPPORT  
CASTORO (C.), BERTINATO (L.), BACCAGLINI (U.), DRACE (C.), McKEE (M.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.  
(O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles.  
BEL

### ***Day surgery: making it happen.***

*Chirurgie ambulatoire : faire que cela arrive.*

Bruxelles : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : 2007 : 28p., fig.

Cote Irdes : B5997

[http://www.euro.who.int/Document/Obs/Pol\\_Brief\\_Day\\_Surgery.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/Pol_Brief_Day_Surgery.pdf)

This policy brief examine how day surgery can respond both to the policy need of hospital administrators and to surgical care, and develop appropriate financial and non-financial incentives.



## ► Compte épargne temps

35708

RAPPORT  
ACKER (D.)

Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. Paris. FRA

**Rapport sur les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé.**

Paris : MSSPS : 2007 : 81p., tabl., annexes

Cote Irdes : B6145

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/acker/rapport.pdf>

Le compte épargne temps (CET) a été mis en place en 2002 dans les établissements de santé afin d'accompagner la réduction du temps de travail (mise en place de la semaine de 35 heures). Le présent rapport fait le bilan de la mise en œuvre de ce dispositif destiné aux personnels de la fonction publique hospitalière et aux personnels médicaux hospitaliers. Il présente des propositions d'amélioration liées notamment au financement du CET, à l'assouplissement de ses règles, aux possibilités de conversion des jours épargnés ainsi qu'aux remplacements des personnels utilisant leurs congés.

## ► Gestion hospitalière

34624

RAPPORT  
BLANC (P.), DENECHERE (A.), VERDIER (A.), DUHAMEL (G.)

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

**Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières : mission d'audit de modernisation.**

Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités : 2007/04 : 247p.

Cote Irdes : B5899

[http://www.audits.performance-publique.gouv.fr/bib\\_res/682.pdf](http://www.audits.performance-publique.gouv.fr/bib_res/682.pdf)

Le système hospitalier a connu depuis 2004 de profonds bouleversements qui ont eu un impact sur son cadre de financement, d'organisation et de fonctionnement. Malgré l'intérêt qu'ils ont à agir, les établissements de santé rencontrent encore des difficultés à s'engager activement dans une démarche d'amélioration de la performance de leurs processus

à un rythme compatible avec les exigences de la gestion publique (gains de productivité, convergence entre établissements). Les ARH ont parfois du mal à jouer le rôle d'aiguillon et de catalyseur attendu d'elles dans la conduite d'un chantier dont les établissements, autonomes, portent au premier chef la responsabilité. Les enjeux de l'audit sont importants, compte tenu du niveau de dépenses hospitalières (63,7 milliards d'euros prévus en 2007). L'audit vise à préciser sous quelle forme et de quelle manière les ARH doivent s'emparer de leur nouvelle mission d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé, pour que les établissements dégagent des gains d'efficacité.

35475

OUVRAGE  
PELJAK (D.)

**La gestion de pôle à l'hôpital.**

Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2007 : 237p.

Cote Irdes : A3605

Les pôles d'activités sont désormais une réalité incontournable du fonctionnement des établissements publics de santé. Pour autant, les responsables de pôles n'ont pas toujours toutes les clés en main pour assurer la gestion de la structure dont ils ont la charge. Quelles sont les modalités d'élection des membres du conseil de pôle ? Comment évoluent les missions des cadres supérieurs de santé ? Comment procéder à une contractualisation des objectifs et des moyens avec l'établissement ? Quelles sont les possibilités en matière d'intéressement ? Comment lire un compte de résultat de pôle ? Qu'est-ce qu'un tableau coût casemix de pôle ? Répondant à ces interrogations autour de 6 grands thèmes transversaux (l'encadrement du pôle; les outils de gestion du pôle; la délégation de gestion; les financements de l'hôpital et du pôle; les grands mécanismes budgétaires et comptables; la gestion des ressources du pôle), ce livre permet de connaître les éléments essentiels de la gestion d'un pôle à l'hôpital (4e de couverture).

## ► HAD

36423

OUVRAGE

BURAU (V.), THEOBALD (H.), BLANK (R.H.)

### ***Governing home care : a cross-national comparison.***

*Comment gérer l'hospitalisation à domicile : une comparaison transnationale.*

Cheltenham : Edward Elgar Publishing Limited : 2007 : IX-224p., index

Cote Irdes : A3641

Care of the elderly in their own homes has increasingly come into the focus of contemporary welfare policies and raises important questions about the governance of welfare in general. By taking a comparative and thematic approach, this interesting and timely book offers a comprehensive analysis of the principal issues surrounding the governance of home care. The analysis presented systematically maps out governing arrangements in relation to formal and informal care services, informal care, care workers and users of care across nine countries. The authors explore the ways in which country specific contexts shape governing arrangements and bring together insights from social care and public policy literature, two different yet complementary theoretical perspectives. Combining social care and public policy, *Governing Home Care* will be of great interest to scholars and postgraduate students and researchers of comparative social and public policy, as well as gender studies with particular interest in health policy, welfare state policies, family studies, and the sociology of caring and ageing.

## ► Pharmacie hospitalière

35826

RAPPORT

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

### ***Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres-clés 2006 - 3ème édition.***

St Denis : AFSSAPS : 2007/09 : 13p., graph., tabl.

Cote Irdes : Bc6139

[http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapport\\_vente\\_medicament\\_chiffre\\_2006.pdf](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapport_vente_medicament_chiffre_2006.pdf)

Publiés pour la première fois en novembre 2005, ces chiffres-clés s'efforcent de retracer les évolutions les plus significatives, de mentionner les faits les plus marquants et de dégager les caractéristiques essentielles du marché pharmaceutique. Ils répondent ainsi à la préoccupation de diffuser rapidement, sous une forme synthétique, les principaux résultats de l'année écoulée. Bien entendu, les données que contient ce rapport ne sont pas encore définitives, mais les corrections qui y seront éventuellement apportées, lors de la publication du rapport complet, devraient être limitées et ne pas modifier les tendances dégagées. Ces deux documents, qui sont désormais publiés chaque année à environ six mois d'intervalle, visent à apporter les données de long terme indispensables pour dégager les tendances de fond mais aussi les données plus récentes dont on ne peut se passer pour étudier la conjoncture. Thèmes abordés : ventes de spécialités pharmaceutiques, évolution des ventes entre 1996 et 2006, décomposition 2006 du marché officinal, part des génériques remboursables, le marché des médicaments orphelin, part de marché 2006 détenues par les produits les plus vendues, les cinquante produits les plus vendus en officine et à l'hôpital, classes ATC niveau 2 les plus vendues en officine et à l'hôpital.

## ► Qualité des soins

34402

RAPPORT

SILOW-CARROLL (S.), ALTERAS (T.), MEYER (J.A.)

Commonwealth Fund. New York. USA

### ***Hospital quality improvement : strategies and lessons from US hospitals.***

*Amélioration de la qualité à l'hôpital : stratégies et leçons tirés d'études de cas dans des hôpitaux américains.*

New York : Commonwealth Fund : 2007/04 : 55p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5890

[http://www.cmwf.org/usr\\_doc/site\\_docs/annualreports/2006/pdf/AR2006.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/site_docs/annualreports/2006/pdf/AR2006.pdf)

This report focuses on the dynamics of hospital performance: how hospitals achieve and sustain improvements over time. Case studies of four hospitals that made substantial improvements reveal a pattern: 1) a trigger such as a crisis or new leader serves as a «wake-up call» that prompts the hospital to make 2) organizational and structural changes such as

multidisciplinary teams, quality-related committees, and technology investments, which facilitate 3) a systematic problem-identification and problem-solving process, resulting in 4) new treatment protocols and practices, which in turn result in 5) improved outcomes. Success strengthens commitment to quality improvement and turns this temporal pattern into an ongoing cycle. The entire process reflects the establishment, growth, and reinforcement of a culture of quality. A companion report, Hospital Performance Improvement: Trends in Quality and Efficiency, presents results of a quantitative examination of the degree to which hospitals are improving (or deteriorating) in quality and efficiency over time.

## ► Satisfacation des usagers

36334

RAPPORT

LOPEZ (A.), REMY (P.L.)

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

**Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail.**

Paris : Igas : 2007/03 : 130p.

Cote Irdes : B6253

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000592/0000.pdf>

Le présent rapport de l'IGAS a pour objectif à la fois de faire un état des lieux de la situation dans les établissements hospitaliers publics et privés, et aussi de s'interroger sur l'usage de ces éléments de mesure, les problèmes méthodologiques liés aux mesures, les stratégies d'acteurs, avant de formuler quelques propositions. Dans une première partie, la mission fait le point de l'existant, en ce qui concerne la mesure de la satisfaction, dans les établissements de santé français, en le complétant d'un éclairage sur ce qui se passe dans les pays étrangers. Elle examine également les problèmes de méthode qui se posent. Dans une seconde partie, elle aborde les questions liées à l'usage de ces mesures et la place de la prise en compte de la satisfaction des usagers dans la gestion des établissements et du système de soins. Enfin, la mission fait des propositions sur les conditions de nature à développer les mesures de la satisfaction des usagers et la prise en compte de leurs résultats. Elle préconise des solutions pour améliorer le degré d'information des usagers sur le système de soins et ses performances.

## ► Tarification hospitalière

36427

DOCUMENT DE TRAVAIL

STREET (A.), VITIKAINEN (K.), BJORVATN (A.), HVENEGAARD (A.)

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

**Introducing activity-based financing : a review of experience in Australia, Denmark and Norway.**

*Introduction du financement à l'activité : revue d'expériences menées en Australie au Danemark et en Norvège.*

CHE Research Paper Series ; n° 30.

York : University of York : 2007/11 : 14p., fig., tabl.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp30.pdf>

We review and evaluate the international literature on activity-based funding of health services, focussing especially on experience in Australia (Victoria), Denmark, Norway and Sweden. In evaluating this literature we summarise the differences and pros and cons of three different funding arrangements, namely cost-based reimbursement, global budgeting and activity-based financing. The institutional structures of the four jurisdictions that are the main focus of the review are described, and an outline is provided about how activity-based funding has been introduced in each. We then turn to the mechanics of activity-based funding and discuss in detail how patients are classified, how prices are set and how other services are funded. Although concentrating on the four jurisdictions, we draw on wider international experience to inform this discussion. We review evidence of the impact of activity-based funding in the four jurisdictions on efficiency, activity rates, waiting times, quality and overall expenditure. Finally we conclude with a brief commentary of some of the challenges that would have to be faced if implementing activity-based funding.

34384

RAPPORT

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

**Tarification à l'activité (T2A) et médicaments hors du Groupe Homogène de Séjour (GHS).**

Saint-Denis : AFSSAPS : 2007 : 28p., tabl.

Cote Irdes : B5883

<http://agmed.sante.gouv.fr/hm/3/t2a/html/indt2a.htm>

Afin d'engager et d'accompagner les établissements de santé dans un processus d'amélioration de la qualité des soins, le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la Sécurité sociale précise que pour qu'un établissement de santé bénéficie du remboursement intégral des spécialités pharmaceutiques, des produits et des prestations financés hors-GHS, leur utilisation doit être conforme : soit à l'AMM pour les spécialités pharmaceutiques ; soit aux indications retenues sur la LPP (liste des Produits et Prestations), pour les dispositifs médicaux ; soit aux « protocoles thérapeutiques » définis par l'Agence française de sécurité sanitaires des produits de santé (Afssaps), la Haute Autorité de Santé (HAS), ou l'Institut national du cancer (INCa). L'Afssaps, la HAS et l'INCa ont rédigé une méthodologie générale commune d'élaboration des protocoles thérapeutiques des produits de cette liste. Ces référentiels sont en cours d'élaboration et seront ultérieurement mis en ligne sur les sites internet des trois institutions.

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Infirmiers

36341

ATLAS

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Département Santé Mentale et Abus de Drogues. Genève. CHE

**Atlas : nurses in mental health 2007.**

*Atlas : les infirmières en santé mentale 2007.*

Genève : OMS : 2007 : 8-68, tabl.

Cote Irdes : B6221

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/nursing\\_atlas\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf)

Even though mental health nursing is a critical issue for most countries, there has been very little published information about mental health nursing. This new publication from the World Health Organization (WHO) and the International Council of Nurses (ICN) summarizes information on nurses and mental health

collected from 172 countries around the world. The mental health nursing survey asked selected respondents within countries to report on nurses working in various mental health settings. The survey also collected information on the content and extent of both undergraduate and graduate level mental health training for nurses in countries. The report includes data summarizing information from countries grouped by geographic region and by country income levels. In general, the difference in the number of mental health nurses per capita in low versus high income countries is substantial. Also, there are fewer community mental health facilities in low and middle income countries and a higher percentage of the mental health nurses work in mental hospitals in these countries. The open-ended comments revealed serious concerns about mental health nursing in low and middle income countries. The overall conclusion is that there is not enough mental health service in primary care in the community and there are not enough nurses trained to provide mental health services.

### ► Mobilité professionnelle

36352

RAPPORT

RUTTEN (M.)

Institute for International and Development Economics. (I.I.D.E.). Rotterdam. NLD

***The economic impact of medical migration: a receiving country's perspective.***

*Impact économique de la migration médicale : perspective du point de vue d'un pays d'accueil.*

Rotterdam : IIDE : 2007/08 : 64p., tabl., fig.

HOE Discussion paper ; 2007008.04

Cote Irdes : B6242

<http://www.i4ide.org/content/wpaper/dp20070804.pdf>

This paper seeks to determine the macro-economic impacts of migration of skilled medical personnel from a receiving country's perspective, taking the UK as an archetype OECD economy that imports medical services. The resource allocation issues have been explored in theory, by further developing the Rybczynski theorem and empirically, using a Computable General Equilibrium (CGE) model with an extended health component. The main finding is that importing foreign doctors and nurses into the UK yields higher overall welfare gains compared to a generic increase in the NHS budget. Welfare gains rise in the case of wage protection.



## ► Pratique médicale

36122

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOURGEAULT (Y.L.), SAINSAULIEU (I.),  
KHOKHER (P.), HIRSCHKORN (K.)

Social and Economic Dimensions of an Aging  
Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

**Professional work in health care organiza-  
tions: the structural influences of patients in  
french, canadian and american hospitals.**

*Les professionnels travaillant dans les organisa-  
tions de santé : les influences structurelles des  
patients dans les hôpitaux français, canadiens  
et américains.*

Hamilton : SEDAP : 2007/06 : 19p., tabl.

SEDAP Research paper ; n° 204

Cote Irdes : B6186

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap204.pdf>

Bien que de nombreuses études se soient inté-  
ressées à l'impact de l'emploi des profession-  
nels de la santé dans les grands organismes  
bureaucratiques, il existe sensiblement moins  
de recherche portant sur l'influence structu-  
relle des patients dans cette relation. Dans  
cette étude, nous présentons des données  
qualitatives comparatives sur l'expérience des  
professionnels de la santé dans les hôpitaux  
canadiens, américains et français. Nous pas-  
sons plus spécifiquement en revue une typo-  
logie de l'influence structurelle des clients sur  
le travail des professionnels de la santé dans  
les hôpitaux en termes des unités ouvertes et  
fermées (Résumé d'auteur).

## ► Transferts de compétences

34407

RAPPORT

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

**Délégation - transfert, nouveaux métiers,  
conditions des nouvelles formes de coo-  
pération entre professionnels de santé :  
Rapport d'étape.**

Saint Denis : Haute Autorité de santé :  
2007/01 : 27p., ann.

Cote Irdes : B5893

L'objectif principal de la mission qui a été  
confiée à la Haute Autorité de santé par le  
Ministre de la santé et des solidarités, Xavier  
Bertrand, est l'élaboration d'une recomman-

dation visant à clarifier les conditions de la  
coopération dans le domaine de la santé et à  
identifier les évolutions qui pourraient la faci-  
liter, afin de préserver, voire d'améliorer, la qua-  
lité des soins pour les patients. Pour ce faire,  
la HAS s'appuiera notamment sur l'évaluation,  
dont elle est également chargée, des expéri-  
mentations qui ont été autorisées par les arrê-  
tés de décembre 2004 et mars 2006.

35501

DIPLOMES

BUFF (A.)

PACCAUD (F.) / dir.

Faculté des Hautes Etudes Commerciales.  
Institut d'Economie et de Management de la  
Santé. (I.E.M.S.). Lausanne. CHE

**Transferts de compétences entre profes-  
sionnels de santé : état des connaissances  
théoriques et exemples d'expérimentations.**

DESS en Economie et Management de la  
Santé.

Lausanne : Faculté des Hautes Etudes  
Commerciales : 2006/10 : 50p.

Cote Irdes : B6086

<http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireBuff.pdf>

Ce mémoire s'intéresse au transfert ou à la  
délégation de certaines tâches d'une catégo-  
rie de professionnels de santé vers une autre  
catégorie. Il s'agit d'une part d'élaborer un état  
des lieux des connaissances théoriques exis-  
tantes concernant la délégation/substitution  
de tâches entre professions de la santé, et de  
ses enjeux. D'autre part, il sera examiné, de  
manière non exhaustive, des exemples d'ex-  
périmentations de transferts de compétences  
réalisées sur le terrain.

## MÉDICAMENTS

### ► Automédication

33974

RAPPORT

BAUMELOU (A.), COULOMB (A.)

**Situation de l'automédication en France et  
perspectives d'évolution : marché, compor-  
tements, positions des acteurs.**

Paris : la documentation française : 2007/01 :  
32p.

Cote Irdes : B5787



<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000030/0000.pdf>

Est défini comme automédication, le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. Les PMF non remboursables délivrés sans ordonnance représentent 8% du marché pharmaceutique en valeur et 17% en unités. Si l'automédication en France reste un secteur peu développé, une enquête Afipa-Sofres de 2001 montre que 80% des adultes déclarent avoir utilisé des médicaments sans avoir recours à une consultation chez le médecin. Le rapport estime que l'automédication est un élément important, au même titre que l'apprentissage de la prévention primaire, de la responsabilisation du citoyen sur ses problèmes de santé et qu'elle est également un élément important d'une politique économique responsable du médicament. Il avance plusieurs recommandations : confirmer l'unicité du médicament ; garantir l'adaptation des médicaments à un usage en automédication ; faciliter le délistage de molécules innovantes dans le but d'adapter le champ des produits accessibles en automédication aux besoins croissants du patient ; inscrire l'automédication dans le mouvement de responsabilisation des patients et de bon usage du médicament ; développer l'information des patients et des professionnels de santé, médecins et pharmaciens, sur l'automédication ; clarifier le marché.

36386

CONGRES

COULOMB (A.), DAVANT (J.P.), LE PEN (C.), CHASSANG (M.), BADEY (F.), OLIVIER-KOEHRET (M.), PARROT (J.), BONNEFOND (J.), COTARD (V.), LEMOINE (B.), SAOUT (C.)

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

**Automédication : recul ou progrès ? Les temps forts du colloque. Paris, 2007/03/21**

Paris : FNMF : 2007 : 25p.

Cote Irdes : A3633

Ce document propose les temps forts du colloque, organisé par la Mutualité Française (FNMF), le 21 mars 2007, à Paris et consacré à l'automédication. Les différentes communications ont permis de dresser un état des lieux et de recueillir le point de vue de médecins, de pharmaciens, de l'industrie pharmaceutique, des usagers et de la Mutualité française.

## ► Brevet

35830

DOCUMENT DE TRAVAIL  
STUART (G.), MATTHEW (H.)

***The impact of patenting on new product introductions in the pharmaceutical industry.***

*L'impact du brevet sur l'introduction de nouveaux médicaments dans l'industrie pharmaceutique.*

Munich : University library of Munich : 2007/08 : 43p., tabl., fig.

MRPA Paper : n° 4574

Cote Irdes : B6143

[http://mpr.ub.uni-muenchen.de/4574/01/MPRA\\_paper\\_4574.pdf](http://mpr.ub.uni-muenchen.de/4574/01/MPRA_paper_4574.pdf)

Since Comanor and Scherer (1969), researchers have been using patents as a proxy for new product development. In this paper, we reevaluate this relationship by using novel new data. We demonstrate that the relationship between patenting and new FDA-approved product introductions has diminished considerably since the 1950s, and in fact no longer holds. Moreover, we also find that the relationship between R&D expenditures and new product introductions is considerably smaller than previously reported. While measures of patenting remain important in predicting the arrival of product introductions, the most important predictor is the loss of exclusivity protection on a current product. Our evidence suggests that pharmaceutical firms are acting strategically with respect to new product introductions. Finally, we find no relationship between firm size and new product introductions.

## ► Déremboursement

36336

RAPPORT

Collectif National des Groupements des Pharmaciens d'Officine. (C.N.G.P.O.). Paris. FRA

***Comportements des Français face au déremboursement total de classes thérapeutiques : Synthèse de l'enquête CNGPO - Crédoc.***

Paris : CNGPO : 2007/06 : 6p.

Cote Irdes : B6251

[http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images\\_bdd/actualites/DP\\_enqu%EAte\\_Credoc.pdf](http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images_bdd/actualites/DP_enqu%EAte_Credoc.pdf)

Ce rapport a été réalisé par le Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine (CNGPO), représentant plus de 10 000 officines. Il a souhaité s'interroger sur les comportements des Français face au déremboursement total de classes thérapeutiques. L'objectif de l'étude est de : dresser un diagnostic complet des attitudes et comportements des patients vis-à-vis du déremboursement ; étudier, dans ce contexte, leurs attentes face aux différents acteurs de santé ; tester l'hypothèse de déremboursement de deux classes thérapeutiques (anti-diarrhées, sirops pour la toux) ; évaluer leurs attitudes face à l'achat ou la prise spontanée de médicaments ; hiérarchiser les compétences reconnues aux pharmaciens.

## ► Données d'ensemble

35836

RAPPORT

HABL (C.), ANTONY (K.), ARTS (D.), ENTLEITNER (M.), FRÖSCHL (B.), LEOPOLD (C.), STÜRZLINGER (H.), VOGLER (S.), WEIGL (M.)

Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (O.B.I.G.). Vienne. AUT  
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

***Surveying, assessing and analysing the pharmaceutical sector in the 25 EU Member States. Countries profiles.***

*Etudier, évaluer et analyser le secteur pharmaceutique dans 25 pays membres de l'Union européenne. Profils par pays.*

Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés Européennes : 2006/07 : 748p.

Cote Irdes : B6147 1-2

[http://ec.europa.eu/comm/competition/mergers/studies\\_reports/oebig.pdf](http://ec.europa.eu/comm/competition/mergers/studies_reports/oebig.pdf)

The aims of the current study are to gather available information and knowledge on the pharmaceutical systems in the Member States of the enlarged European Union, thus contributing to increase transparency and allowing to enforce competition rules; to identify the relevant players in the pharmaceutical market of each Member State; to investigate regulatory measures as well as demand side and supply side strategies adopted with regard to cost-containing effects in the pharmaceutical market; to provide information for policy-makers on European Union level, with regard to mechanisms on pricing, reimbursement and dispensing of pharmaceuticals; to pro-

vide an in-depth, comprehensive description of the pharmaceutical system in each of the 25 Member States by developing comparable country reports.

36420

RAPPORT

SCHWABE (U.), PAFFRATH (D.)

***Arzneiverordnungsreport 2007.***

*Rapport sur la prescription pharmaceutique 2007.*

Heidelberg : Springer Medizin Verlag : 2007 : 1094p., tabl., index

Cote Irdes : SE (ALL) 2007

Publiée annuellement, cette brochure rassemble toute une série d'informations sur les médicaments en Allemagne, pour l'année 2006. Ces données proviennent des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois : des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en DDD ; des analyses du marché pharmaceutique de l'année - arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ; des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée. Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

36626

RAPPORT

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

***Mémento du médicament 2007.***

Paris : FNMF : 2007 : 13p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6302

[http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante\\_Memento2005?OpenDocument&AutoFramed](http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante_Memento2005?OpenDocument&AutoFramed)

La Mutualité Française vient de publier l'édition 2007 de son «Mémento Médicament», un dépliant qui, sous forme de tableaux et de graphiques, donne les chiffres clés du médicament en France pour l'année 2006 et le détail de son financement par les mutuelles. Cette 7e édition fait un focus sur la réduction des dépenses de santé générée par l'utilisation des

médicaments génériques, sur la prescription des médicaments en dénomination commune internationale (DCI) en Europe et sur l'impact économique pour les complémentaires santé des mesures administratives et de la maîtrise médicalisée sur le médicament en 2006.

## ► Industrie pharmaceutique

34648

RAPPORT

Consumers International. Londres. GBR

***Les recettes miracles des laboratoires. Point de vue de consommateurs sur la responsabilité sociale des entreprises, la promotion des médicaments et l'industrie pharmaceutique en Europe.***

Londres : Consumers international : 2006/06 : 53p.

Cote Irdes : B5912

[http://www.consumersinternational.org/Shared\\_ASP\\_Files/UploadedFiles/CCCA92B0-3189-4E2C-93B4-FBDA32CB1E8D\\_BrandingtheCure-ReportFrench.pdf](http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/CCCA92B0-3189-4E2C-93B4-FBDA32CB1E8D_BrandingtheCure-ReportFrench.pdf)

Pourquoi les consommateurs se soucient-ils de l'éthique des entreprises à l'origine des médicaments qu'ils consomment ? Les revendications spectaculaires des géants de l'industrie pharmaceutique quant à leur comportement responsable sont-elles authentiques ou symbolisent-elles une fois de plus la tromperie des entreprises dont le savoir-faire leur permet de masquer leur comportement douteux du point de vue de l'éthique ? Voici certaines des questions auxquelles Consumers International (CI) et son consortium de partenaires tenté de répondre par l'intermédiaire du Réseau des médias pour la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) et la Consommation durable (CD). Dans le cadre de ce projet qui a débuté en 2005, CI et plusieurs de ses organisations membres ont fait équipe avec l'Organisation internationale de tests et de recherche au profit des consommateurs (ICRT) en vue d'enquêter la validité des revendications de l'industrie au sujet de la RSE dans le contexte de la promotion des médicaments. Les membres de CI ont examiné les pratiques en matière de promotion des médicaments en République tchèque, au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Hongrie, au Portugal et en Slovénie.

## ► Information des malades

36133

RAPPORT

ZAMBROWSKI (J.J.)

Chaire ESCP Santé. Paris. FRA

***L'éthique des relations de l'industrie pharmaceutique avec les professionnels de santé et les patients : évolution et analyse.***

Paris : LEEM : 2007 : 110p.

Cote Irdes : B6198

<http://www.leem-media.com/leem-image/leem/document/1023.pdf>

L'objet de ce rapport est de faire le point sur les évolutions des relations entre industriels de la pharmacie, médecins et patients, au cours des trente dernières années. L'auteur décrit l'ensemble des éléments actuels du cadre, d'ordre public ou d'autodiscipline, dans lequel se placent aujourd'hui les relations entre laboratoires, médecins et patients.

## ► Innovation médicale

36103

DOCUMENT DE TRAVAIL

HEUER (A.), MEJER (M.), NEUHAUS (J.)

Kiel Institute for the World Economy. Kiel.

DEU

***The national regulation of pharmaceutical markets and the timing of new drug launches in Europe.***

*La régulation nationale des marchés pharmaceutiques et le rythme de lancement des nouveaux médicaments en Europe.*

Kiel Advanced Studies Working Papers ; n° 437.

Kiel : Kiel Institute for the World Economy : 2007 : 18 p., tabl.

Cote Irdes : B6176

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:kie:kiasw:437&r=hea>

We analyze the impact of national pharmaceutical regulation on the launch delay of new chemical entities approved by the EMEA's centralized procedure. We find that direct price control regimes have a significantly negative impact on the launch timing. These results cannot be found when investigating the impact of indirect price controls. Our results show that Germany (65%) has the highest probability of experiencing an early launch, while it is the lowest in southern European countries (18%

for Portugal and 19% for Greece). This difference accrues from both price regulation and market attractiveness, since southern European countries generally have lower prices. Due to the possibilities for parallel trade within the EU, pharmaceutical companies, by acting strategically, may further increase launch delays

36173

DOCUMENT DE TRAVAIL

GROOTENDORST (P.), PIÉRARD (E.), MIN-SUP (S.)

Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

***The life expectancy gains from pharmaceutical drugs : a critical appraisal of the literature.***

*Gains d'espérance de vie grâce aux médicaments : évaluation critique de la littérature.*

Hamilton : SEDAP : 2007/06 : 24p., tabl.

SEDAP Research paper ; n° 221

Cote Irdes : B6206

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap221.pdf>

Plusieurs études suggèrent, en se basant sur des analyses multivariées de l'espérance de vie (EV), que l'arrivée de nouveaux produits pharmaceutiques soit responsable des gains de l'EV observés au cours des cinquante dernières années. Nous évaluons ces études en portant un regard critique. Nous avons mis en évidence plusieurs problèmes de modélisation. Par exemple, nous tentons de démêler la contribution liée à l'arrivée de nouveaux médicaments, de celle liée aux progrès en matière de gestion de la maladie, aux changements de la répartition des soins de santé ainsi que d'autres facteurs de confusion. Nous pensons que les estimations élevées de la productivité pharmaceutique présentées dans ces études sont fort peu plausibles. Certains modèles souffrent d'erreurs de prédiction importantes. Finalement, les modèles que nous avons répliqués sont sensibles à des variations en apparence anodines de leurs spécifications. Nous arrivons à la conclusion qu'il est difficile d'évaluer les déterminants bio-médicaux de l'EV en s'appuyant sur des données agrégées. Des analyses reposant sur des données individuelles ou des données particulières à une maladie vont sûrement produire des résultats plus convaincants (Résumé d'auteur).

## ► Prix

34645

RAPPORT

Conseil d'Examen du Prix des Médicaments Brevetés. (C.E.P.M.B.). Ottawa ON. CAN

***Rapport sur les prix des médicaments non brevetés distribué sous ordonnance. Tendances des prix pratiqués au Canada et dans les pays de comparaison.***

Ottawa : CEPMB, Ottawa : Patented Medicine Prices Review Board : 2006/06 : 48p., tabl.

Cote Irdes : B5911

[http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Tendances\\_des\\_prix\\_étrangers-Canada\\_-\\_publié\\_4\\_juillet\\_0638MES-742006-6004.pdf](http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Tendances_des_prix_étrangers-Canada_-_publié_4_juillet_0638MES-742006-6004.pdf)

Le CEPMB publie chaque année quatre rapports trimestriels. Outre les données statistiques portant sur différents aspects du secteur des médicaments non brevetés distribués sous ordonnance, chaque rapport contient une section traitant des tendances des prix et de la valeur des ventes récemment observées ainsi que des variations de prix importantes. Les rapports présentent aussi une analyse étoffée d'un ou de quelques sujets ainsi qu'une description détaillée des méthodes statistiques utilisées. Le présent rapport, qui est le tout premier, donne un aperçu des tendances observées aux niveaux de la valeur des ventes et des prix des médicaments non brevetés distribués sous ordonnance.

## INFORMATIQUE MÉDICALE

### ► Dossier médical personnel

35868

RAPPORT

Groupement d'Intérêt Public - Dossier Médical Personnel. (G.I.P. - D.M.P.). Paris. FRA

***Le projet DMP : Rapport d'activité 2006/2007.***

Paris : G.I.P. - D.M.P. : 2007/06 : 35p.

Cote Irdes : B6162

[http://www.d-m-p.org/docs/DMP\\_RA\\_2006.pdf](http://www.d-m-p.org/docs/DMP_RA_2006.pdf)

Cette publication dresse un bilan d'étape détaillé de l'état d'avancement du projet DMP. Après un rappel des enjeux et des objectifs de ce grand projet de santé publique, ce rapport d'activité passe en revue les chantiers déjà menés à bien (environnement législatif et juri-



dique, expérimentations, etc.) et ceux qui restent à mettre en oeuvre pour assurer la généralisation du DMP en 2008. Vous y trouverez aussi de nombreux témoignages des acteurs de notre système de santé sur le DMP: patients, professionnels de santé, responsables et dirigeants des structures concernées, etc. Le GIP-DMP entend en effet placer la concertation et la participation active des acteurs de terrain au coeur de son action et de sa stratégie.

36447

RAPPORT  
BOARETTO (Y.), DUMAS (P.), CHOLLEY (F.),  
GAGNEUX (M.), ROMENTEAU (P.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale  
des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA, Conseil  
Général des Technologies de l'Information.  
(C.G.T.I.). Paris. FRA

**Rapport sur le dossier médical personnel  
(DMP).**

Paris : IGAS : 2007/11 : 85p., ann.

Cote Irdes : C, B6292

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000713/0000.pdf>

Institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, le dossier médical personnel (DMP) avait pour but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Compte tenu de la complexité du dispositif, un GIP, composé de l'Etat, de la Caisse des dépôts et consignations et de l'assurance-maladie, avait été constitué en avril 2005 pour piloter la mise en place du DMP. Celui-ci devait être généralisé à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie pour le 1er juillet 2007. La mission conjointe IGAS-IGF-CGTI, mise en place en juillet 2007, fait le point sur l'état d'avancement et le pilotage de ce projet ainsi que sur sa capacité à répondre aux objectifs initiaux. Elle estime notamment que le dispositif s'est vu, d'emblée, doté d'objectifs irréalistes, aussi bien dans le calendrier imposé, le coût du projet que dans le modèle économique choisi, modèle dont le potentiel d'économies attendu pour l'assurance maladie ne s'est pas vérifié. Elle observe par ailleurs que le projet DMP souffre d'une perte de crédibilité et de lisibilité et présente d'importantes zones de risques et d'incertitudes. Sur la base de ce constat, la mission présente une série de recommandations pour « sauvegarder les acquis, restaurer la confiance et relancer le projet de DMP ».

## ► Erreurs médicales

36343

DOCUMENT DE TRAVAIL  
JAVITT (J.C.), REBITZER (J.B.), REISMAN  
(L.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

**Information technology and medical mis-  
steps : evidence from a randomized trial.**

*Technologie de l'information et erreurs médi-  
cales : données issues d'un essai randomisé.*

NBER Working Paper Series ; n° 13493.

Cambridge : NBER : 2007/10 : 31p., tabl.+  
ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13493>

We analyze the effect of a decision support tool designed to help physicians detect and correct medical «missteps». The data comes from a randomized trial of the technology on a population of commercial HMO patients. The key findings are that the new information technology lowers average charges by 6% relative to the control group. This reduction in resource utilization was the result of reduced in-patient charges (and associated professional charges) for the most costly patients. The rate at which identified issues were resolved was generally higher in the study group than in the control group, suggesting the possibility of improvements in care quality along measured dimensions and enhanced diffusion of new protocols based on new clinical evidence.

## ► NTIC

36196

RAPPORT  
PICARD (R.), SALGUES (B.)  
Ministère de l'Economie des Finances et  
de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.). Conseil Général  
des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.).  
Paris. FRA

**TIC et santé: quelle politique publique?**

Paris : CGTI : 2007/08 : 19p.+ann.

Cote Irdes : B6218

<http://www.cgti.org/rapports/rapports-2007/rapport-tic-sante.pdf>

Ce rapport analyse la situation de l'emploi des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine de la santé. Il est composé de trois parties. Il propose



tout d'abord une synthèse des réponses des industriels sur leur vision de la situation française autour des thèmes suivants : forces, faiblesses, opportunités, menaces pour la France; économies possibles par les TIC ; politique industrielle souhaitable. Dans une seconde partie, les éléments précédents sont repris et discutés selon les thèmes récurrents : l'attitude du patient et du médecin, les politiques de santé, de recherche et d'industrie, l'évolution technologique, le cadre réglementaire. Enfin, quelques propositions sont formulées concernant la suite souhaitée par les industriels de ce travail de concertation.

36446

RAPPORT  
PICARD (R.), SOUZY (J.P.)  
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.). Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.). Paris. FRA

**Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie.**

Paris : CGTI : 2007/08 : 36p.

Cote Irdes : C, B6291

<http://www.cgti.org/rapports/rapports-2007/rapportUsage TICLieuxDeVie.pdf>

Il est aujourd'hui avéré qu'une plus grande part des foyers français et européens aura besoin de produits et services basés sur les technologies de l'information et de communication (TIC) spécifiquement pour prendre en charge son état de santé, qu'il s'agisse de personnes âgées, de personnes handicapées, de malades à leur domicile. La puissance publique est sensible à cette évolution et des mesures ont été prises en ce sens. Par ailleurs des programmes nationaux ou européens de recherche font une part croissante à des projets visant la mise à disposition de produits et services TIC auprès de ces catégories de citoyens. Cependant les dispositions prises relèvent une insuffisance de vision globale, ayant un environnement complexe, des besoins mal satisfaits, ou par des solutions coûteuses, offertes par un trop petit nombre d'industriels. Ce rapport propose des pistes concrètes de réflexion selon quatre axes : le développement d'un programme national de recherche spécifiquement dédié à l'étude des besoins et des usages futurs globaux des citoyens ; l'étude de la convergence et de la lisibilité des dispositifs publics de financement des systèmes technologiques individuels et collectifs et aides techniques ; l'analyse des conditions du

développement d'une véritable offre des TIC ; l'accompagnement, voire la stimulation de la prise de conscience des concitoyens sur leur responsabilité vis-à-vis de leur propre santé.

## ► Sondages

36139

RAPPORT  
Ipsos. Paris. FRA  
Orange. Division Santé. s.l.

**Perceptions et usages des NTIC dans la santé en France et en Europe. Résultats de l'enquête IPSOS. Conférence de presse du 26 septembre 2007.**

Paris : Ipsos : 2007 : 29p., tabl.

Cote Irdes : B6189

<http://www.ipsos.fr/Canallpsos/articles/2336.asp>

Ce document présente les résultats d'une enquête d'opinion menée dans différents pays européens (France, Pologne, Espagne, Grande-Bretagne et Suède) afin d'obtenir un état des lieux précis des perceptions et des pratiques relatives à l'intégration des technologies de l'information et de la communication en matière de santé. Cette enquête a été menée conjointement auprès du grand public d'une part et des médecins d'autre part. Les questions suivantes ont été posées : quelles sont les inquiétudes des Européens en matière de santé et quels enjeux identifiés pour le futur ? Quelle utilisation d'internet en matière de santé ? Quel est l'état des pratiques actuelles et projections à trois ans. Quid du dossier médical informatisé : perceptions et intérêt. Quels sont les progrès perçus grâce à l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé ?

## ► Systèmes d'information

36375

RAPPORT  
GRATIEUX (L.), OLLIVIER (R.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

**Audit de l'organisation et du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé.**

Paris : Igas : 2006/11 : 121p.

Cote Irdes : C, B6246

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000669/0000.pdf>

La modernisation de la gestion du système de santé implique, selon le présent rapport, la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs, professionnels et établissements de santé, usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour mettre en place ces dispositifs, la multiplicité des acteurs concernés et la technicité du domaine ont conduit à créer des structures spécialisées constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP) ou d'intérêt économique (GIE). Ce rapport présente l'organisation de la mise en oeuvre des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie. Il constate que l'organisation structurée verticalement par projet est susceptible de donner lieu à des redondances avec l'émergence de nouveaux systèmes d'information. Il propose d'engager une redistribution des fonctions des organismes fondées sur la reconnaissance de leur «cœur de métier». Il expose ensuite les modalités de pilotage des organismes et des projets et propose de clarifier l'attribution des responsabilités en élaborant une stratégie partagée et en redéfinissant les moyens et l'organisation. Est jointe au rapport une note complémentaire sur les perspectives de fusion ou de regroupement d'organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé.

insurance. These policies include an increased Medicare levy for those without PHI on high incomes, introduced in 1997, a 30% rebate for private hospital cover (introduced 1998), and the Lifetime Health Cover (LHC) policy where PHI premiums are set at age of entry, increasing for each year older than 30 years (introduced 2000). In 2004 the longitudinal study on Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA), included a series of questions on private health insurance and hospital use. We used the HILDA data to investigate the demographic, health and income factors related to the PHI decisions, especially around the introduction of the Lifetime Health Cover policy. Specifically we investigate who was most influenced to purchase PHI (specifically hospital cover) in 2000 as a response to the Lifetime Health Cover policy deadline. Are those who have joined PHI since the introduction of LHC different from those who joined prior to LHC? What are the characteristics of those who have dropped PHI since the introduction of LHC? We model the PHI outcomes allowing for heterogeneity of choice and correlation across alternatives. After controlling for other factors, we find that LHC prompted moderately well-off working age adults (30-49 yrs) to purchase before the 2000 deadline. Young singles or couples with no children, and the overseas born were more likely to purchase since 2000, while the relatively less well-off continue to drop PHI in spite of current policy incentives.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### ► Australie

36351

RAPPORT  
KNOX (S.), SAVAGE (E.), FIEBIG (D.), SALLALE (V.)  
University of Technology. Centre for Health Economics Research and Evaluation. (C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

**Joiners and leavers stayers and abstainers: private health insurance choices in Australia.**

Sydney : CHERE : 2007/10 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6241

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2007\\_8.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2007_8.pdf)

The percentage of Australians taking up Private Health Insurance (PHI) was in decline following the introduction of Medicare in 1984 (PHIAC). To arrest this decline the Australian Government introduced a suite of policies, between 1997 and 2000, to create incentives for Australians to purchase private health

### ► Autriche

34627

RAPPORT  
HOFMARCHER (M.), RACK (C.)  
RIESBERG (A.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**Austria : Health System Review.**

*Autriche : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 8 ; N° 3.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2006 : 247p., fig., tabl.

Cote Irdes : Bc58902

<http://www.euro.who.int/Document/E89021.pdf>

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Autriche, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Bulgarie

34628

RAPPORT

GEORGIEVA (L.), SALCHEV (P.), DIMITROVA (R.), DIMOVA (A.), AVDEEVA (O.)  
AVDEEVA (O.) / éd., ELIAS (M.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.  
(O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles.  
BEL

### **Bulgaria : Health System Review.**

*Bulgarie : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 9 ;  
N° 1

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :  
2007 : 247p., fig., tabl.

Cote Irdes : Bc5903

<http://www.euro.who.int/Document/E90023.pdf>

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Bulgarie, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Canada

36106

RAPPORT

RUSSELL (G.), GEBEAU (R.), JOHNSTON (S.), HOGG (W.), HOGAN (K.)

Canadian Health Services Research Foundation. ( C.H.S.R.F.). Ottawa ON. CAN, Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa ON. CAN

### **Mapping the future of primary healthcare research in Canada.**

*Cartographier le futur de la recherche en santé primaire au Canada.*

Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation. : 2007 : 50p.

Cote Irdes : B6178

[http://www.chsrf.ca/research\\_themes/pdf/mapping\\_future\\_report\\_2007\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/mapping_future_report_2007_e.pdf)

Canada is embarking on widespread reform to the organization and delivery of its primary healthcare (PHC) system. These reforms come at a time when there is increasing awareness of the link between quality PHC and important health outcomes. The resulting focus upon PHC brings with it a need to ensure PHC research capacity: the research skills and infrastructure required to answer the core PHC questions confronting policy makers, system managers, healthcare providers and the public. This report contains specific recommendations designed to map the early steps in a strategy to strengthen the PHC research community in Canada. They call for the development of a co-ordinating agency, a research information system, a strategic funding program and a tailored approach to knowledge translation.

36108

DOCUMENT DE TRAVAIL

O'NEILL (J.E.), O'NEILL (D.M.)

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

### **Health status, health care and inequality : Canada vs the U.S.**

*Etat de santé, soins et inégalité : Canada contre Etats-Unis.*

NBER Working Paper Series ; n° 13429

Cambridge : NBER : 2007/09 : 42p., tabl.,+ ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13429>

Does Canada's publicly funded, single payer health care system deliver better health outcomes and distribute health resources more equitably than the multi-payer heavily private U.S. system? We show that the efficacy of health care systems cannot be usefully evaluated by comparisons of infant mortality and life expectancy. We analyze several alternative measures of health status using JCUSH (The Joint Canada/U.S. Survey of Health) and other surveys. We find a somewhat higher incidence of chronic health conditions in the U.S. than in Canada but somewhat greater U.S. access to treatment for these conditions. Moreover, a significantly higher percentage of U.S. women and men are screened for major forms of cancer. Although health status, measured in various ways is similar in both countries, mortality/incidence ratios for various cancers tend to be higher in Canada. The need to ration resources in Canada, where care is delivered «free», ultimately leads to long waits. In the U.S., costs are more often a source of unmet needs. We also find that Canada has no more abolished the tendency for health status to improve with income than have other countries. Indeed, the health-income gradient is slightly steeper in Canada than it is in the U.S.

36116

RAPPORT

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

**Health care in Canada 2007.**

*Les soins de santé au Canada en 2007.*

Ottawa : C.I.H.I. : 2007 : 63p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6180

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_750\\_E&cw\\_topic=750&cw\\_rel=AR\\_80\\_E - full](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_750_E&cw_topic=750&cw_rel=AR_80_E - full)

Ce rapport sur les soins de Santé au Canada en 2007 est le huitième de la série annuelle sur le système de soins de santé au Canada. Cette année, les soins de santé au Canada offre aux lecteurs un nouveau format et un contenu ciblé. Le rapport de 2007 présente une revue des principaux travaux analytiques réalisés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui mettent en évidence les priorités de recherche de l'ICIS dans le domaine des soins de santé (par exemple, l'accès, la qualité des soins, les résultats des soins, les ressources humaines de la santé, le financement, les coûts et la productivité, etc.) Le rapport passe également en revue des recherches nationales et internationales novatrices sur les soins de santé qui correspondent aux

priorités de l'ICIS. Il continue de présenter des renseignements sur des sujets d'importance nationale reliés à la santé, dont le financement des soins de santé, les ressources humaines de la santé, la qualité des soins, les résultats pour la santé, l'accès aux soins et la santé de la population.

36120

DOCUMENT DE TRAVAIL

CURTIS (L.H.), MACMINN (J.)

Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

**Health care utilization in Canada : 25 years of evidence.**

*Utilisation des services de santé au Canada. Evolution sur 25 ans.*

Hamilton : SEDAP : 2007/05 : 38p., tabl.

Cote Irdes : B6184

<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap190.pdf>

L'existence d'un lien entre le statut socio-économique (SES), la santé et le système de santé tant au Canada que dans d'autres pays est largement documenté dans la littérature. Une évidence anecdotique récente indique que les Canadiens sont convaincus que leur accès au soins de santé diminue avec le temps. Cette étude donne un bref aperçu des tendances relatives à l'utilisation des services de soins de santé fournis par le régime de santé publique (médecins, spécialistes et hôpitaux) au Canada entre 1978 et 2003. Tout en contrôlant les facteurs démographiques, l'association entre statut socio-économique et utilisation est examinée pour déterminer si des changements dans le partage des ressources se sont effectivement produits à travers le temps. Les résultats suggèrent que des injustices basées sur le statut socio-économique dans l'utilisation de ressources sont évidentes dans les régimes d'assurance publique. Ces dernières apparaissent de manière plus nette lors du contact initial avec le système plutôt qu'en termes du nombre de visites. L'accès aux services de spécialistes est particulièrement problématique et semble s'aggraver avec le temps (Résumé d'auteur).



36356

RAPPORT

LEE (M.)

Canadian Center for Policy Alternatives. Ottawa ON. CAN

***How sustainable is Medicare ? A closer look at aging, technology and other cost of drivers in Canada's healthcare system.***

*Le Medicare est-il "soutenable" ? Un regard sur les coûts attribuables au vieillissement, à la technologie et sur les autres coûts de maintenance du système de santé canadien.*

Reports and Series.

Ottawa : CCPA : 2007/09 : 34p.

Cote Irdes : B6223

[http://www.policyalternatives.ca/documents/National\\_Office\\_Pubs/2007/How\\_Sustainable\\_is\\_Medicare.pdf](http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf)

A popular myth is that an aging population will render the public health care system unsustainable. This paper contributes to a public dialogue on health care sustainability by providing a better understanding of cost pressures in public health care and what they mean for the future in terms of sustainability.

36632

RAPPORT

AUBIN (J.), BOUCHER (M.), CAMIRAND (J.), COURTEMANCHE (R.)

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (M.S.S.S.). Québec. CAN, Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Québec. CAN

***Recension et synthèse critique des enquêtes sociales et de santé, 1995-2005.***

Québec : ISQ : 2007 : 261p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6307

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/recension95\\_05.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/recension95_05.pdf)

Ce rapport propose une recension et une synthèse critique de 203 enquêtes de santé réalisées de 1995 à 2005 dans six pays : le Canada, les États-Unis, la France, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ainsi que les enquêtes de grands organismes internationaux. Le rapport met en relief les enquêtes réalisées au Québec. Les enquêtes transversales générales, les enquêtes transversales thématiques et les enquêtes longitudinales sont présentées selon le type de populations visées ou selon les thèmes. Chacun des pays dispose d'au moins une enquête générale auprès de l'ensemble de sa population et presque tous les pays disposent de plusieurs

enquêtes longitudinales. Une analyse des méthodes et stratégies d'enquêtes permet de dégager les tendances en ce domaine et le potentiel de transfert pour le Québec des expériences menées dans des pays reconnus pour leur activité statistique. Dans l'ensemble, le Canada, à l'instar du Québec, se compare favorablement aux autres pays, compte tenu de la taille de sa population. Les renseignements présentés seront utiles à la planification des enquêtes portant sur l'état de santé de la population et de ses déterminants. Ils pourront également être utiles aux chercheurs du Canada comme d'ailleurs.

36830

RAPPORT

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

***HSMR : a new approach for measuring hospital mortality trends in Canada.***

*Taux standardisé de mortalité hospitalière : une nouvelle approche pour mesurer les tendances de mortalité à l'hôpital au Canada.*

Ottawa : C.I.H.I. : 2007 : 100p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6327

For the first time in Canada, hospital standardized mortality ratio (HSMR) results for eligible acute care hospitals and health regions outside Quebec are being published in a new report by the Canadian Institute for Health Information (CIHI). The hospital standardized mortality ratio (HSMR) is an important new measure that can help support efforts to improve patient safety and quality of care in Canadian hospitals. The HSMR compares the actual number of deaths in a hospital with the average Canadian experience, after adjusting for several factors that may affect in-hospital mortality rates, such as the age, sex, diagnoses and admission status of patients. The ratio provides a starting point to assess mortality rates and identify areas for improvement, which may help to reduce hospital deaths from adverse events.



## ► Espagne

36637

DOCUMENT DE TRAVAIL  
JIMENEZ-RUBIO (D.)

Universidad de Granada. Facultad de Ciencias Economicas y Empresariales. Granada. ESP

***Ethnicity and equity in the use of health care services in the Spanish national health care system.***

*Ethnicité et équité dans l'utilisation des services de santé dans le système de santé espagnol.*

FEG Working Papers Series ; 7/07

Grenade : Université de Grenade : 2007 : 30p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6312

<http://www.ugr.es/~teoriahe/RePEc/gra/fegper/FEGWP707.pdf>

An important recent change in the Spanish society is the increasing proportion of the population who are immigrants. Immigrants often face situations of social exclusion and disadvantage, circumstances that may affect their health status. Empirical evidence about differences in health status or the utilisation of health services between native and immigrant population is however insufficient. This paper uses the 2003 National Health Survey to explore whether non-Spaniards, for the same level of need, use health care services at the same rate as national citizens. The findings show different patterns of health care use to the disadvantage of immigrants.

## ► Etats-Unis

35445

OUVRAGE  
MECHANIC (D.)

***The truth about health care. Why reform is not working in America.***

*La vérité à propos du système de santé. Pourquoi les réformes ne fonctionnent-elles pas aux Etats-Unis ?*

New Brunswick : Rutgers University Press : 2006 : 228p., index

Cote Irdes : A3601

The United States spends greatly more per person on health care than any other country but the evidence shows that care is often poor and inappropriate. Despite expenditures of 1.7 trillion dollars in 2003, and growing substantially

each year, services remain fragmented and poorly coordinated, and more than 46 million people are uninsured. Why can't America, with its vast array of resources, sophisticated technologies, superior medical research and educational institutions, and talented health care professionals, produce higher quality care and better outcomes? In *The Truth about Health Care*, David Mechanic explains how health care in America has evolved in ways that favor a myriad of economic, professional, and political interests over those of patients. While money has always had a place in medical care, «big money» and the quest for profits has become dominant, making meaningful reforms difficult to achieve. Mechanic acknowledges that railing against these influences, which are here to stay, can achieve only so much. Instead, he asks whether it is possible to convert what is best about health care in America into a well functioning system that better serves the entire population. Bringing decades of experience as an active health policy participant, researcher, teacher, and consultant to the public and private sectors, Mechanic examines the strengths and weaknesses of our system and how it has evolved. He pays special attention to areas often neglected in policy discussions, such as the loss of public trust in medicine, the tragic state of long-term care, and the relationship of mental health to health care. For anyone who has been frustrated by uncoordinated health networks, insurance denials, and other obstacles to obtaining appropriate care, this book will provide a refreshing and frank look at the system's current and future dilemmas. Mechanic's thoughtful roadmap describes how health plans, healthcare professionals, policymakers, and consumer groups can work together to improve access, quality, fairness, and health outcomes in America.

35453

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

***What do nonprofits maximize ? Nonprofit hospital service provision and market ownership mix.***

NBER Working Paper Series ; n° 13246

Cambridge : NBER : 2006/07 : 71p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13246.pdf>

Conflicting theories of the nonprofit firm have existed for several decades yet empirical research has not resolved these debates, partly

because the theories are not easily testable but also because empirical research generally considers organizations in isolation rather than in markets. Here we examine three types of hospitals - nonprofit, for-profit, and government and their spillover effects. We look at the effect of for-profit ownership share within markets in two ways, on the provision of medical services and on operating margins at the three types of hospitals. We find that nonprofit hospitals' medical service provision systematically varies by market mix. We find no significant effect of for-profit market share on the operating margins of nonprofit hospitals. These results fit best with theories in which hospitals maximize their own output.

35884

DOCUMENT DE TRAVAIL  
FANG (B.), GAVAZZA (A.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Dynamic inefficiencies in employment-based health insurance system : theory and evidence.***

NBER Working Paper Series ; n° 13371  
Cambridge : NBER : 2007/09 : 40p., tabl.,  
fig.+ annexes  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w13371>

We investigate how the employment-based health insurance system in the U.S. affects individuals' life-cycle health-care decisions. We take the viewpoint that health is a form of human capital that affects workers' productivities on the job, and derive implications of employees' turnover on the incentives to undertake health investment. Our model suggests that employee turnovers lead to dynamic inefficiencies in health investment, and particularly, it suggests that employment-based health insurance system in the U.S. might lead to an inefficient low level of individual health during individuals' working ages. Moreover, we show that under-investment in health is positively related to the turnover rate of the workers' industry and increases medical expenditure in retirement. We provide empirical evidence for the predictions of the model using two data sets, the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and the Health and Retirement Study (HRS). In MEPS, we find that employers in industries with high turnover rates are much less likely to offer health insurance to their workers. When employers offer health insurance, the contracts have higher deductibles and employers' contribution to the insurance premium

is lower in high turnover industries. Moreover, workers in high turnover industries have lower medical expenditure and undertake less preventive care. In HRS, instead we find that individuals who were employed in high turnover industries have higher medical expenditure when retired. The magnitude of our estimates suggests significant degree of intertemporal inefficiencies in health investment in the U.S. as a result of the employment-based health insurance system. We also evaluate and cast doubt on alternative explanations.

36176

RAPPORT  
COLLINS (S.R.), SCHOEN (C.), DAVIS (K.),  
GAUTHIER (A.), SCHOENBAUM (S.C.)  
Commonwealth Fund. New York. USA

***A roadmap to health insurance for all : principles for reform.***

*Plan de route pour une assurance maladie pour tous : principes de réforme.*

New York : The Commonwealth Fund :  
2007/10 : 50p., fig.  
Cote Irdes : B6209

Presidential candidates, governors, and members of Congress are advancing proposals to expand health insurance coverage to all Americans—the most important step in improving access to quality health care. This report, prepared for The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, explores the different options and how each may not only increase coverage for the uninsured, but also improve quality and efficiency and gain control over spiraling health care costs. Proposals are grouped into three approaches: tax incentives and the individual insurance market; mixed private–public group insurance with shared responsibility for financing; and public insurance. The Commission believes the most pragmatic approach to coverage for all is mixed private–public group insurance that builds on the best features of our current system with shared responsibility for financing from individuals, employers, and government that minimizes dislocation for the millions of Americans who currently have good coverage.

## ► Hongrie

36118

RAPPORT  
MASSERIA (C.)

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Direction Générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL

**Hongrie 2007. Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé. Rapport de synthèse.**

Bruxelles : Commission Européenne : 2007 : 45p.

Cote Irdes : B6182

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2007/pr\\_hu\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/pr_hu_fr.pdf)

C'était la toute première évaluation par les pairs organisée à Budapest (Hongrie) dans le domaine des soins de santé en prévision des réformes que le gouvernement entend mener pour procéder à une refonte du système de santé hongrois afin de renforcer l'accès de tous aux soins, d'améliorer la disponibilité de services de grande qualité et de garantir une durabilité à long terme. Les principaux objectifs de l'évaluation étaient donc de parvenir à mieux connaître les politiques de santé capables d'accroître à la fois l'efficacité et l'équité du système ; de susciter des réactions utiles pour le pays hôte, la Hongrie ; et d'identifier certaines approches communes sur lesquelles le Comité de la protection sociale pourrait s'appuyer pour développer une perspective européenne concernant l'accès aux soins et la réduction des inégalités en termes de santé.

## ► Italie

35731

DOCUMENT DE TRAVAIL  
FABBRI (D.), MONFARDINI (C.)

Centre for Household Income Labour and Demographic Economics. (C.H.I.L.D.). Turin. ITA

**Rationing the public provision of healthcare in the presence of private supplements: evidence from the Italian NHS.**

*Le rationnement de l'offre de soins publique en présence d'offres de soins privées : à propos de l'expérience du système de santé italien.*

Working Papers Child; 21/2006

Turin : CHILD : 2006/11 : 30p., tabl.

Cote Irdes : B6132

[http://www.child-centre.it/papers/child21\\_2006.pdf](http://www.child-centre.it/papers/child21_2006.pdf)

In this paper we assess the relative effectiveness of user charges and administrative waiting times as a tool for rationing public health-care in Italy. We measure demand elasticities by estimating a simultaneous equation model of GP primary care visits, public specialist consultations and private specialist consultations, as if they were part of an incomplete system of demand. We find that own price elasticity of the demand for public specialist consultation is about -0.3, while administrative waiting time plays a less important role. No substitution exists between the demand for public and private specialists, so that user charges act as a net deterrent for over-consumption. The public provision of healthcare does not induce the wealthy to opt out. Moreover our evidence suggests that user charges and waiting lists do not serve redistributive purposes.

## ► Monde

35832

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE

**Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement.**

*Réussir l'équité en matière de santé : des causes originelles aux solutions équitables.*

*Déclaration intermédiaire.*

Genève : OMS : 2007 : 61p., fig.

Cote Irdes : B6148

The Interim Statement sets out the Commission's vision and goals, the problems it seeks to ameliorate, and the intellectual foundation for a social determinants approach. In doing so, the Interim Statement is a resource for stakeholders concerned with social determinants of health and health equity, as they build towards a global movement. Recommendations for action, based on the evidence gathered across all the Commission's work streams, will be made in the Final Report in May 2008.

35844

RAPPORT

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

**Rapport sur la santé dans le monde 2007 :  
Un avenir plus sûr - la sécurité sanitaire  
mondiale au XXI<sup>e</sup> siècle.**

Genève : OMS : 2007 : 72p., tabl., ann.

Cote Irdes : A3619

[http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2007/07_report_fr.pdf)

Le rapport sur la santé dans le monde en 2007 constitue un tournant dans l'histoire de la santé publique et marque ce qui pourrait être un des progrès les plus importants de la sécurité sanitaire de ces 50 dernières années. Il montre comment le monde se trouve de plus en plus exposé au risque de flambées, d'épidémies, d'accidents, de catastrophes naturelles et d'autres urgences sanitaires qui peuvent rapidement menacer la sécurité sanitaire mondiale. Le rapport explique comment le règlement sanitaire international (2005), entré en vigueur cette année, aide les pays à collaborer pour définir les risques et agir pour les endiguer et les combattre. Le règlement est indispensable car aucun pays, aussi avancé ou riche soit-il, ne peut se prémunir contre les flambées ou d'autres dangers sans la coopération des autres. Le rapport souligne qu'un avenir plus sûr est à portée de main et cette perspective représente à la fois une aspiration collective et une responsabilité mutuelle pour chaque pays.

## ► Pays-Bas

36636

DOCUMENT DE TRAVAIL

DOUVEN (R.), LIEVERDINK (H.), LIGTHART (M.), VERMEULEN (I.)

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

**Measuring annual price elasticities in Dutch health insurance: a new method.**

*Nouvelle méthode pour mesurer l'élasticité-prix annuel au sein de l'assurance maladie aux Pays-Bas.*

CPB Discussion Paper ; n° 90

La Hague : CPB : 2007 : 40p., tabl.

Cote Irdes : B6311

<http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/discussie/90/disc90.pdf>

This paper proposes a new method for estimating annual price elasticities from market

share data of health insurers. In contrast to traditional methods the elasticity is derived from bilateral price elasticities which relate the net share of switchers between two health insurers not only to their premium difference but also to the market share and premium of the higher priced health insurer. Our new method explains the annual variation in the Dutch market share data better than the traditional methods. We find in the Dutch social health insurance for the period 1996-2005 rather low negative annual price elasticities ranging between -1 and 0. In that period stickiness of insurer choices was high and less than 5% of the population switched annually from health insurer. This result, however, was in sharp contrast with an exceptional high price elasticity of -7 for the year 2006, where after a major health care reform about 18% of the population switched mostly to lower priced health insurers. Besides large media coverage, one important difference with previous years was that many consumers holding an individual contract could switch to a lower priced group contract.

## ► Royaume-Uni

35464

RAPPORT

STONEBRIDGE (C.)

The Conference Board of Canada. Ottawa.  
CAN

**The U.K. way, spending and measuring in the National Health Service. Lessons for Canada.**

*A la manière de la Grande-Bretagne, dépenser et mesurer dans le cadre de la NHS. Leçons à tirer pour le Canada.*

Ottawa : The conference board of Canada :  
2007/06 : 39p.

Cote Irdes : B6068

Ce rapport du Conference Board du Canada s'adresse aux décideurs canadiens afin de les aider à mieux comprendre les possibilités et les opportunités présentées par l'expérience britannique dans le domaine de la réforme des soins de santé. Après avoir présenté les activités du NHS, le rapport analyse les éléments de réformes récentes qui ont été basées sur la prémisse selon laquelle de nouveaux investissements doivent être accompagnés d'efforts pour obtenir des gains de performance et de productivité.



35473

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HARVEY (S.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

**Windmill 2007 : The future of health care reforms in England.**

*Windmill 2007 : Le futur des réformes du système de santé en Angleterre.*

Londres : King's Fund Institute : 2007/06 : 69p., tabl.

Cote Irdes : B6076

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/windmill\\_2007.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/windmill_2007.html)

The NHS has undergone many reforms over the past decade. To test out where the reforms – and interactions between them – might lead the NHS, the King's Fund formed a partnership with Loop2, Monitor and Nuffield Hospitals to produce Windmill 2007. This initiative included a two-day simulation of a fictional but realistic health economy from 2008 to 2011 and extensive discussions of the emerging findings from that event with clinicians, managers, policy-makers, regulators and analysts. The paper discusses what lessons can be learnt from the simulation and what messages there are for the health system of the future.

36365

RAPPORT  
WANLESS (D.), APPLEBY (J.), HARRISON (A.), PATEL (D.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

**Our future health secured ? A review of NHS funding and performance.**

*Comment assurer notre santé ? Un aperçu sur les fondements et la performance du NHS.*

Londres : King's Fund Institute : 2007 : 321p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : B6232

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/our\\_future.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/our_future.html)

The Wanless review *Securing our Future Health*, published in 2002, concluded that the United Kingdom would need to spend substantially more on health care and that fundamental reform would be needed to enable those resources to be used effectively. Five years on, the King's Fund has commissioned Sir Derek Wanless to undertake a retrospective review of NHS spending. Real spending on the NHS has increased by nearly 50 per cent in that time. This report looks at where that money has been spent, what it has achieved, whether

government policy has promoted effective use of the resources, and what needs to happen next

36368

RAPPORT  
LAKHANI (M.), BAKER (M.), STEVE (F.)  
Royal College of General Practitioners. (R.G.G.P.). Londres. GBR

**The Future Direction of General Practice : A roadmap.**

*La future direction de la médecine générale : une feuille de route.*

Londres : Royal College of General Practitioners : 2007/09 : 84p., tabl.

Cote Irdes : B6235

[http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap\\_embargoed\\_11am\\_13\\_Sept.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap_embargoed_11am_13_Sept.pdf)

This sets out a vision for patient services in primary care in the 21st century. The roadmap provides a blue print for the delivery of services to patients and firmly establishes the discipline of family medicine. It shows how primary care can be scaled up by GPs to bring about major advances in clinical care using a new model of care and sets out a world-class vision for tackling crucial issues such as health inequalities and access. The status quo is not sustainable. Fragmentation of care, health inequalities and urgent care must be addressed. Furthermore, if we are to meet the health needs of patients over the coming years, we will need to bring about a radical change in the quality, organisation and delivery of services.

36635

RAPPORT  
DAWSON (R.), SLOTE MORRIS (Z.), ERICKSON (W.), LISTER (G.), ALTRINGER (B.), GARSIDE (P.), GRAIG (M.)  
The Nuffield Trust. Londres. GBR

**Engaging with care. A vision for the health-care workforce of England.**

*S'engager dans le soin. Une perspective pour les personnels de santé en Angleterre.*

Londres : The Nuffield Trust : 2007 : 88p.,

Cote Irdes : B6310

[http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Engaging\\_with\\_Care.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Engaging_with_Care.pdf)

This report explores the development of three possible scenarios of the English health and care system in 2022. Each scenario is associated with a different type of engagement with



health and care and is shaped by different sets of policies. It focuses on the future of England's health and care workforce, defined to include all who have critical parts to play, whether as paid employees, informal carers or citizens in their roles as self-carers and citizens. The aim is to provide impetus to policymakers, health leaders, educators, practitioners and members of the public who will be creating the future of English Health and care over the next 15 years.

## ► Suède

36683

RAPPORT  
JANLÖV (N.)  
Lund University. Department of Economics.  
Lund. SWE

### **Swedish health care performance, quantity versus quality.**

*La performance du système de santé suédois, quantité versus qualité.*

Lund : Lund University : 2007 : 27p., 7 tab.

Cote Irdes : B6326

[http://www.nek.lu.se/publications/workpap/Papers/WP07\\_17.pdf](http://www.nek.lu.se/publications/workpap/Papers/WP07_17.pdf)

The Swedish health care system is characterized by its far-reaching decentralization, with 21 politically, economically and administratively independent county councils responsible for financing, delivering and organizing health care for their citizens on the basis of need. This paper investigates the relative efficiency of 21 Swedish county councils through two efficiency models; one focusing on a traditional productivity measure (activity model) in terms of the production of intermediate outputs, and the other on quality outputs in the form of health-related outcomes (outcome model).

## ► Suisse

34375

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

### **Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse.**

Paris : OCDE : 2006 : 200p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3553

La population suisse jouit d'un bon état de santé, d'un large accès à une gamme complète de services de santé modernes et d'une très grande liberté de choix des prestataires. Les responsables de l'élaboration des politiques sont toutefois confrontés à d'immenses défis. Ils doivent notamment maîtriser des dépenses de santé en progression rapide et parvenir à une meilleure utilisation des ressources. S'ils s'accordent sur la nécessité de réformer le système de santé, leurs points de vue divergent largement quant à l'orientation la plus appropriée à donner à ce changement. Ce document analyse les forces et les faiblesses du système de santé suisse. Il les examine au regard d'objectifs essentiels tels que l'efficacité et la réactivité, l'accès aux soins, l'équité du financement, l'efficacité de l'offre de services et la viabilité financière. Le rapport évalue de nouvelles propositions de réforme du système de santé. Et il formule des recommandations pour répondre aux défis présents et futurs auxquels seront confrontées les autorités suisses.

36833

DOCUMENT DE TRAVAIL  
DORMONT (B.), GEOFFARD (P.Y.), LAMI-RAUD (K.)  
Paris Jourdan Sciences Economiques. (P.S.E.). Paris. FRA, Institut National de Recherche Appliquée. (I.N.R.A.). Laboratoire d'Economie Appliquée. (L.E.A.). Paris. FRA

### **The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: evidence on Swiss data.**

*L'influence de la couverture complémentaire sur le comportement de changement d'assurance maladie : une évidence basée sur des données suisses.*

Working paper ; 2007-34.

Paris : PSE : 2007/10 : 31p., 6 tabl., 6 graph.

Cote Irdes : B6330

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:pse:psecon:2007-34&r=hea>

This paper focuses on the switching behaviour of sickness fund enrollees in the Swiss health insurance system. Even though the new Federal Law on Social Health Insurance (LAMal) was implemented in 1996 to promote competition among health insurers in basic insurance, there still remains large premium variations within cantons. This indicates that competition has not been able so far to lead to a single price, and reveals some inertia among consumers who seem reluctant to switch to less expensive funds. We investigate one possible

barrier to switching behaviour, namely the influence of the supplementary insurance. Our aim is to analyse two decisions (switching decision in basic insurance, subscription to supplementary insurance contracts). We use survey data on health plan choice and import some market data related to the sickness funds (number of enrollees, premiums). The decision to switch and the decision to subscribe to a supplementary contract are estimated both separately and jointly. The results suggest that holding a supplementary insurance contract substantially decreases the propensity to switch. However the impact of supplementary insurance is not significant when the individual assesses his/her health as «very good» ; to the contrary, holding a supplementary contract significantly reduces the propensity to switch when the individual's subjective health status deteriorates. Furthermore, the switching decision is positively influenced by the expected gain of switching. In comparison with the range of the premium difference, the limitations to switch due to the supplementary insurance is moderate, though non negligible. As for the decision to subscribe a supplementary contract, the results show that the income level has a direct positive influence on the propensity to buy a supplementary insurance. Our results suggest that a major mechanism is going on in relation to supplementary insurance: holding a supplementary contract might stop individuals from switching when the individual thinks that she/he could be regarded as a bad risk due to the selection practices that are allowed in supplementary insurance markets. This result bears major policy implications concerning the regulation of basic and supplementary insurance markets.

36115

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Eurobaromètre. Bruxelles. BEL

**La santé dans l'Union Européenne.**

Bruxelles : Commission Européenne : 2007/09 : 128p., tabl.

Cote Irdes : B6179

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eb\\_health\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_fr.pdf)

Ce rapport aborde plusieurs aspects de la santé des citoyens européens. Dans le cadre de la stratégie de la santé de la Commission européenne, un programme d'action dans le domaine de la santé publique a été adopté pour la période 2003-2007. Il vise, entre autres objectifs, à améliorer l'information et les connaissances afin de développer la sur-

veillance de la santé publique. Cette enquête a été réalisée par TNS Opinion & Social, en interrogeant des citoyens dans les vingt-cinq Etats membres, les deux pays adhérents et la Croatie entre le 6 septembre et le 10 octobre. La méthodologie utilisée est celle des sondages Eurobaromètres gérés par la Direction générale de la communication (unité «Analyse de l'opinion publique et des médias»). Ce rapport examine les sujets suivants: l'état général de santé des Européens et les maladies de longue durée ; les conséquences de certains problèmes de santé sur la vie quotidienne; la proportion d'Européens qui prennent des mesures préventives (bilans, scanners et tests); les questions spécifiques de santé, à savoir la tension artérielle, le cholestérol et le traitement hormonal durant la ménopause pour les femmes. Pour chacun de ces sujets, les résultats sont analysés selon la moyenne européenne, puis examinés pays par pays et en fonction des variables sociodémographiques lorsque c'est pertinent.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

### ► Pratiques professionnelles

35107

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service Évaluation des Pratiques Professionnelles. Saint-Denis. FRA

***Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier.***

St Denis : HAS : 2007/05 : 24p., ann.

Cote Irdes : B5993

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp\\_en\\_es\\_prives.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp_en_es_prives.pdf)

La Haute Autorité de santé propose ce document « mode d'emploi » de l'Évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé privés ne participant pas au service public, afin de donner aux médecins exerçant dans ce type d'établissement, une vision globale des différents dispositifs à mettre en oeuvre. Il a pour but de présenter les modalités pratiques et de validation de l'EPP dans les établissements privés et souligner les complémentarités et les passerelles entre EPP, certification des établissements de san-

té, accréditation des médecins et des équipes médicales et FMC.

35108

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service Évaluation des Pratiques Professionnelles. Saint-Denis. FRA

***Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé privés participant au service publique hospitalier.***

Saint-Denis : HAS : 2007/05 : 23p., ann.

Cote Irdes : B5994

[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_456117](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_456117)

Les médecins sont tenus, depuis 2004, à une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le dispositif réglementaire est maintenant complet. La Haute Autorité de santé (HAS) propose ce document : « mode d'emploi » de l'EPP en établissement de santé afin de donner aux praticiens exerçant en secteur hospitalier, une vision globale des différents dispositifs à mettre en œuvre (EPP, FMC, accréditation des médecins, certification des établissements) dans le contexte plus général des réformes hospitalières en cours.

## ► Programmes de santé

36424

DOCUMENT DE TRAVAIL

CLAXTON (K.), SCULPHER (M.J.), CULYER (A.J.)

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

***Mark versus Luke ? Appropriate methods for the evaluation of public health interventions.***

*Mark contre Luke ? Méthodes appropriées pour l'évaluation des interventions en santé publique.*

CHE Research Paper Series ; 31.

York : University of York : 2007/11 : 14p.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp31.pdf>

The purpose of this paper is to demonstrate that a social decision making approach to evaluation can be generalised to interventions such as public health and national policies which have multiple objectives and impact on multiple constraints within and beyond the health sector. We demonstrate that a mathe-

tical programming solution to this problem is possible, but the information requirements make it impractical. Instead we propose a simple compensation test for interventions with multiple and cross-sectoral effects. However, rather than compensation based on individual preferences, it can be based on the net benefits falling on different sectors. The valuation of outcomes is based on the shadow prices of the existing budget constraints, which are implicit in existing public expenditure and its allocation across different sectors. A 'welfarist' societal perspective is not sufficient; rather, a multiple perspective evaluation which accounts for costs and effects falling on each sector is required.

## ► Théorie

35748

OUVRAGE

PAWSON (R.), TILLEY (N.)

***Realistic evaluation.***

*Evaluation réaliste.*

Londres : Sage publications : 1997 : 235p., index

Cote Irdes : A3615

Authors Ray Pawson and Nick Tilley show how program evaluation needs to be and can be bettered. The authors present a profound and highly readable critique of current evaluation practice introducing a manifesto- and hand-book-fresh approach. This volume is devoted to articulating a new evaluation paradigm, which promises greater validity and utility for evaluation as a whole. Realistic Evaluation reflects the paradigm's foundation in scientific realist philosophy and its commitment to the idea that programs deal with real problems rather than mere social constructions. Its primary intention is to inform realistic developments in policy making that benefit program participants and the public. Pawson and Tilley argue persuasively and passionately that scientific evaluation requires a careful blend of theory and method, quality and quantity, ambition and realism. The book offers a complete blueprint for evaluation activities, covering design to data collection and analysis to the accumulation of findings across programs and onto the realization of research into policy. Practical examples are used throughout this powerful volume and are grounded in the major fields of program evaluation. Realistic Evaluation is essential reading for all those involved in the evaluation process, especially researchers, scholars, and

students in sociology, social policy, criminology, health, and education.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### ► Causalité

36474

OUVRAGE  
PEARL (J.)

***Causality : models, reasoning, and inference.***

*Causalité : modèles, raisonnement et conclusions.*

Cambridge : Cambridge University Press :  
2000 : 16-384, index

Cote Irdes : A3645

Causality offers the first comprehensive coverage of causal analysis in many sciences, including recent advances using graphical methods. Pearl presents a unified account of the probabilistic, manipulative, counterfactual and structural approaches to causation, and devises simple mathematical tools for analyzing the relationships between causal connections, statistical associations, actions and observations. The book will open the way for including causal analysis in the standard curriculum of statistics, artificial intelligence, business, epidemiology, social science and economics.

### ► Économie de la santé

34654

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CONIGLIANI (C.), TANCREDI (A.)

***Comparing parametric and semi-parametric approaches for bayesian cost-effectiveness analyses in health economics.***

*Comparaison d'une approche paramétrique et d'une approche semi-paramétrique dans les analyses coût-efficacité bayésiennes en économie de la santé.*

Rome : Université Roma Tre. : 2006 : 20p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : B5919

<http://host.uniroma3.it/dipartimenti/economia/pdf/wp64.pdf>

We consider the problem of assessing new and existing technologies for their cost-effective-

ness in the case where data on both costs and effects are available from a clinical trial, and we address it by means of the cost-effectiveness acceptability curve. The main difficulty in these analyses is that cost data usually exhibit highly skew and heavy tailed distributions, so that it can be extremely difficult to produce realistic probabilistic models for the underlying population distribution, and in particular to model accurately the tail of the distribution, which is highly influential in estimating the population mean. Here, in order to integrate the uncertainty about the model into the analysis of cost data and into cost-effectiveness analyses, we consider an approach based on Bayesian model averaging: instead of choosing a single parametric model, we specify a set of plausible models for costs and estimate the mean cost with its posterior expectation, that can be obtained as a weighted mean of the posterior expectations under each model, with weights given by the posterior model probabilities. The results are compared with those obtained with a semi-parametric approach that does not require any assumption about the distribution of costs.

36182

OUVRAGE  
HIRTZLIN (I.)

***Economie de la santé.***

Paris : Editions Archétype 82. : 2007 : 314p.,  
tabl.

Cote Irdes : A3624

Cette nouvelle édition entièrement revue par l'auteur apporte un éclairage approfondi sur l'économie de la santé. Partant de la théorie du consommateur de soins, le premier chapitre examine les spécificités des services de santé et la nécessité du recours à l'assurance sociale. Il éclaire le débat sur l'efficacité de la participation financière de l'assuré. Le second chapitre présente les multiples institutions et organisations qui interviennent dans le secteur de la santé. Le troisième chapitre est consacré à la vision macro-économique des dépenses de santé, ce qui permet d'introduire les enjeux et les modalités de la régulation nationale et internationale, abordée au cours du quatrième chapitre. Le cinquième chapitre retient une approche méso-économique, en se centrant sur l'analyse du comportement des médecins libéraux puis de l'hôpital, et enfin en traitant l'économie du médicament. Dans le dernier chapitre, une analyse systémique est proposée en étudiant la relation entre santé et économie ainsi que les modalités d'évaluation de la performance d'un système de santé.



36190

OUVRAGE

POUVOURVILLE (G. de), EBERHARDT (S.),  
COMPADRI (P. de) et al.

EBERHARDT (S.) / éd., STOKLOSSA (C.) /  
éd., GRAF VON SCHULENBURG (J.M.) / éd.

***Euromet 2004 : the influence of economic  
evaluation studies on health care decision-  
making.***

*Euromet 2004 : l'influence des études  
d'évaluation économique sur les prises de déci-  
sion en santé.*

Amsterdam : IOS Press : 2005 : 10-201p.,  
tabl., ann.

Cote Irdes : A3628

[http://www.iospress.nl/loadtop/load.  
php?isbn=9781586035297](http://www.iospress.nl/loadtop/load.php?isbn=9781586035297)

This publication focuses on the impact of health economic evaluation studies on decision-making in nine European countries (Austria, Finland, France, Germany, Great Britain, Norway, Portugal, Spain and the Netherlands). EUROMET 2004: The Influence of Economic Evaluation Studies on Health Care Decision-Making reports on the results of a project called 'European Network on methodology and Application of Economic Evaluation Techniques' (EUROMET). On the one hand, the study showed an increasing number of economic evaluation studies, but on the other hand the availability of data and lack of expertise were seen as special barriers which limited the use of economic evaluation studies in the decision-making process. Economic evaluation studies had, before 2000, no major influence on healthcare decision-making in most European countries. In addition, the knowledge of healthcare decision-makers and of professionals in payer's organizations – such as health insurers, sickness funds and regional budget fund holders – was low or nearly not existing. Especially structural barriers are emphasised in this study. The respondents believe that increasing flexibility of healthcare budgets from one sector to another would encourage the transferability of economic study results. EUROMET focuses on the question of how sensitive decision makers are to economic evaluation study results in 2004 - with special emphasis on pharmaceuticals - and to what extent they admit to base their decisions on these results.

36595

OUVRAGE

BRIGGS (A.), CLAXTON (K.), SCULPHER  
(M.)

***Decision modelling for health economic  
evaluation.***

*Modèle de décision pour l'évaluation en écono-  
mie de la santé.*

Oxford : Oxford University Press : 2006 :  
237p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A3646

[http://www.oup.com/us/catalog/  
general/subject/Medicine/PublicHealth/  
?view=usa&ci=9780198526629](http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Medicine/PublicHealth/?view=usa&ci=9780198526629)

This book deals with the key techniques and approaches that can be used to estimate the cost-effectiveness of health care interventions. It is a practical guide, using examples and encouraging the reader to apply the methods. A supporting website is available.

36620

OUVRAGE

JONES (A.)

Office of Health Economics. (O.H.E.). Lon-  
dres. GBR

***Applied econometrics for health econo-  
mists : a practical guide.***

*Econométrie appliquée pour les économistes de  
la santé : un guide pratique.*

Abingdon : Radcliffe Publishing Ltd : 2007 :  
120p., tabl., index

Cote Irdes : A3651

[http://www.radcliffe-oxford.com/books/  
bookdetail.aspx?ISBN=1846191718](http://www.radcliffe-oxford.com/books/bookdetail.aspx?ISBN=1846191718)

Applied Econometrics for Health Economists introduces readers to the appropriate econometric techniques for use with different forms of survey data, known collectively as micro-econometrics. The book provides a complete illustration of the steps involved in doing micro-econometric research. The only study to deal with practical analysis of qualitative and categorical variables, it also emphasises applied work, illustrating the use of relevant computer software applied to large-scale survey datasets. This is a comprehensive reference guide – it contains a glossary of terms, a technical appendix, software appendix, references, and suggestions for further reading. It is concise and easy to read – technical details are avoided in the main text and key terms are highlighted.



## ► Modèle de choix

35851

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MANZINI (P.), MARIOTTI (M.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

### **Choice over time.**

*Le choix au cours du temps.*

Discussion Paper : IZA DP n° 2993.

Bonn : IZA : 2007/08 : 35p.,

Cote Irdes : B6153

<http://ftp.iza.org/dp2993.pdf>

In the last twenty years a growing body of experimental evidence has posed a challenge to the standard Exponential Discounting Model of choice over time. Attention has focused on some specific 'anomalies', notably preference reversal and declining discount rates, leading to the formulation of the model of hyperbolic discounting which is finding increasing favour in the literature. In this paper we provide a survey of both the theoretical modelling and the experimental evidence relating to choice over time. As we will show, a careful analysis of the mapping between theoretical models and experimental investigations raises questions as to whether some of the most focused upon anomalies should be indeed classified as such, or whether they are really the most challenging ones for conventional theory. New developments are emerging both at the theoretical and empirical level, opening up new exciting avenues for investigation.

Wellington : Ministry of Health : 2007/08 :  
167p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6144

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6689/\\$File/tracking-disparity-inequalities-in-mortality-1981-2004.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6689/$File/tracking-disparity-inequalities-in-mortality-1981-2004.pdf)

This report is the fourth in a series of monitoring reports on health inequality in New Zealand based on linkage of mortality to census records (the New Zealand Census–Mortality Study). The first report in this series examined ethnic inequalities in mortality, while the second investigated economic inequalities, focusing in particular on differences in survival chances between income groups. The third report analysed interactions between ethnicity and socioeconomic position in shaping survival chances, and quantified the extent to which ethnic inequalities in mortality are mediated by differences in socioeconomic position. These first three reports (published as the Decades of Disparity series) covered the period from 1981 to 1999 – a time of great social change in our country. The current (fourth) report updates the earlier series to include the period from 2001 to 2004, thus examining trends in inequalities over nearly a quarter of a century. It is designed to stand alone, so that readers do not necessarily have to refer back to the earlier reports in the series. The key finding of this fourth report is that inequalities in health between ethnic and income groups – after increasing steadily from the mid-1980s to the late 1990s – may have now begun to stabilise or even decrease. However, the report does not attempt to quantify the contribution of specific social and economic policies to this possible turning point.

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### ► Mortalité

35831

RAPPORT  
BLAKELY (T.), TOBIAS (M.), ATKINSON (J.),  
YEH (L-C), HUANG (K.)  
Ministry of Health. Wellington. NZL

### **Tracking disparity. Trends in ethnic and socioeconomic inequalities in mortality, 1981-2004**

*Suivre l'inégalité. Tendances en matière d'inégalités ethnique et socio-économique de la mortalité, 1981-2004.*

### ► Vieillesse de la population

35906

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

### **Vieillesse et service public. Le défi des ressources humaines.**

Paris : Editions OCDE : 2007 : 282p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6170

Le vieillissement de la population va induire des changements immédiats, tant dans les modes de prestation de service public que dans la gestion des ressources humaines au sein de l'administration centrale. Il a un impact sur la réallocation des effectifs entre les sec-

teurs et va entraîner une réorganisation de la prestation de service dans le domaine social entre les secteurs publics et privés. Et il s'agira bien sûr d'accroître la productivité de l'appareil de gouvernement afin de faire face aux pressions fiscales croissantes. Parallèlement, la main d'oeuvre du secteur public vieillit encore plus rapidement que le reste de la société. Ceci est une source de défis et d'opportunités. Le vieillissement du secteur public accroît la charge fiscale tout en diminuant la capacité immédiate de prestations de service. Toutefois, ce processus constitue à long terme une opportunité stratégique de réduire les effectifs du secteur public en fonction des besoins, et de modifier les conditions d'emploi et la gestion des agents publics si nécessaire. Cette publication examine l'expérience de neuf pays membres de l'OCDE dans ce domaine. Elle présente ses conclusions à propos des stratégies à mener pour adapter les politiques de ressources humaines au défi plus large que constitue le processus de vieillissement de la population.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

### ► Conditions de travail

34854

DOCUMENT DE TRAVAIL

HELLIWELL (J.F.), HUNG (H.)

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

***How's the job ? Well-being and social capital in the workplace.***

*Comment va le travail ? Bien-être et capital social sur le lieu de travail.*

NBER Working Paper Series ; n° 11759

Cambridge : NBER : 2005/11 : 39p., tabl., graph., index

Cote Irdes : P193

This paper takes a different tack in addressing one of the fundamental questions in economics: what are the factors that determine the distribution of jobs and wages? In Adam Smith's classic formulation, and in much of the subsequent literature, wage levels have been used to estimate the values of job characteristics («compensating» or «equalizing» differentials). There are econometric problems with this approach, principally caused by unmea-

sured differences in talents and aptitudes that enable people of high ability to have jobs with both high wages and good working conditions, thus understating the value of working conditions. We bypass this difficulty by estimating the extent to which incomes and job characteristics influence direct measures of life satisfaction from three large and recent Canadian surveys. The well-being results show strikingly large values for non-financial job characteristics, especially workplace trust and other measures of the quality of workplace social capital. The compensating differentials estimated for the quality of workplace social capital are so large as to suggest that they do not reflect a full equilibrium. Thus the current situation probably reflects the existence of unrecognized opportunities for managers and employees to alter workplace environments, or for workers to change jobs, so as to increase both life satisfaction and workplace efficiency.

35439

RAPPORT

LEE (S.), McCANN (D.), MESSENGER (J.)

***Working time around the world. Trends in working hours, laws, and policies in a global comparative perspective.***

*Le temps de travail à travers le monde. Tendances relatives au temps de travail en rapport avec les lois et les politiques nationales dans une perspective comparative globale.*

Genève : Bureau International du Travail ;  
Oxford : Routledge : 2007 : 220p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6054

<http://www.ilo.ru/news/200706/WorkingTimeProof.pdf>

Working Time Around the World étudie les différentes problématiques relatives au temps de travail, en rapport avec les lois nationales, les politiques nationales, les tendances, les caractéristiques spécifiques des différents secteurs économiques et des différentes professions, de même que les implications des politiques publiques relatives au temps de travail. Le rapport traite essentiellement des pays en voie de développement et des pays en transition.

35741

RAPPORT

ARTUS (P.), CAHUC (P.), ZYLBERBERG (A.)

Centre d'Analyse Economique. (C.A.E.).

Paris. FRA

**Temps de travail, revenu et emploi.**

Paris : La documentation française :

2007/08/30 : 137p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3616

<http://www.cae.gouv.fr/rapports/dl/068.pdf>

Dans ce rapport, les auteurs s'interrogent sur la manière d'organiser et de réglementer la durée du travail. Il s'agit d'abord de rechercher des motivations économiques à l'intervention publique dans ce domaine. Ensuite, ils montrent en quoi la réglementation de la durée du travail n'est jamais parvenue à créer des emplois. Plus précisément, un bilan des politiques de réduction du temps de travail est effectué, la question des heures supplémentaires, notamment de leur fiscalité, est abordée ainsi que celle relative au travail du dimanche. Le rapport se nourrit de nombreuses études empiriques s'appuyant sur des expériences françaises et étrangères. Enfin, les auteurs préconisent de simplifier la réglementation française en laissant une large part aux négociations collectives par branche, d'expérimenter sur une échelle réduite un allègement des prélèvements obligatoires sur les heures supplémentaires, et d'assouplir la législation concernant l'ouverture des commerces le dimanche.

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

### ■ Annuaires

35480

REPERTOIRE

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

**Annuaire statistique de la France : Edition 2007.**

Paris : INSEE : 2007/04 : 554p., tabl., index, graph., carte

Cote Irdes : S8

Cette 110ème édition de « l'Annuaire statistique de la France » permet d'accéder à l'essentiel des données du système statistique public français. Avec ses 18 domaines et 41 chapitres,

cet ouvrage aborde tous les thèmes : de l'emploi à la santé, de l'industrie à l'éducation... L'accès à ces informations essentielles est facilité par de nombreux tableaux nationaux et des comparaisons internationales. Ceux-ci sont introduits, pour chaque chapitre, par une synthèse des données présentées, une méthodologie, des définitions, des références bibliographiques et les sites internet qui permettent de compléter les informations.

36384

RAPPORT

JAUNEAU (Y.), ROSENWALD (F.), AUBERT (P.), MERLLIE (D.), MONSO (O.), GIRARDOT (P.), MARIONNET (D.), MARICAL (F.), BESIÈRE (S.), GRELICHE (N.), CHAMBAZ (C.), CHEVALIER (P.), GUEDES (D.), AMAR (E.), LAIB (N.), MIROUSE (B.), ACCARDO (J.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

**France, portrait social. Edition 2007.**

Paris : Insee : 2007/11 : 273p.

Cote Irdes : A3632

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/FPORSOC07c.PDF](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC07c.PDF)

Comme chaque année, l'Insee propose dans « France, portrait social » le bilan des évolutions économiques et sociales observées au cours de l'année écoulée. Cette édition 2007 s'intéresse plus particulièrement à l'évolution de la composition du patrimoine des ménages entre 1997 et 2003, à la destinée sociale selon le nombre de frères et sœurs, ainsi qu'à l'influence sur le niveau de vie des transferts publics liés à la santé. S'ajoute à ces thèmes d'actualité, une trentaine de fiches thématiques. Elles présentent une sélection d'indicateurs du domaine social accompagnés de commentaires et de définitions. Des comparaisons européennes complètent l'ensemble.

### ■ Atlas

36422

ATLAS, CD ROM

SAINT-JULIEN (T.), SILLERE (G.)

**Atlas de France : le CD.**

Montpellier : GIP reclus ; Paris : la Documentation Française : 2007

Cote Irdes : cdrom

Le cédérom Atlas de France est le premier atlas interactif de géographie de la France métropolitaine. Il propose une version interactive

et totalement remise à jour de l'Atlas de France paru en 1999 sous forme d'ouvrage. Le très grand nombre des cartes et des entrées possibles, la diversité et la liberté des cheminement offerts, les aides à la lecture des cartes et les approfondissements à tout moment proposés au lecteur, en font un instrument irremplaçable. Tous les praticiens du territoire, quel que soit l'échelon de leur intervention, y trouveront matière à réflexion et aides à la décision. Le cédérom s'adresse aussi à tous les professeurs de géographie qui disposent ainsi d'un outil de découverte adapté aux modes d'accès à la connaissance désormais privilégiés par les jeunes générations. Cet instrument permet à chacun, d'où qu'il vienne et où qu'il soit, de construire son parcours de recherche, de se laisser surprendre et interroger par le territoire, de trouver des réponses à ses questions : où ? Où comment ? Où différemment d'ailleurs ? Où plus ou moins qu'ailleurs ? Où mieux ou moins bien qu'ailleurs ? À ce jeu interactif de la lecture des cartes, l'utilisateur du cédérom pourra acquérir non seulement une connaissance des lieux et de leurs propriétés, mais encore une représentation enrichie des liens que ceux-ci entretiennent entre eux, découvrant alors la dynamique de toutes les solidarités qui font le territoire.

36448

RAPPORT  
PEPIN (P.), LEFRANC (A.), DALBARADE (M.)  
GREMY (I.) / dir.  
Observatoire Régionale de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA

**Atlas de la mortalité par cancer en Ile-de-France.**

Paris : Orsif : 2007/10 : 135p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : C, B6293

<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/RapportCirceWeb.pdf>

Ce document a été réalisé dans le cadre de la première phase du projet CIRCE, qui vise à mieux connaître les disparités géographiques de la mortalité à un niveau géographique fin. Il propose une analyse descriptive des variations spatiales de la mortalité par cancer dans la région Ile-de-France en établissant, pour les localisations cancéreuses retenues, une série de cartes commentées à différents niveaux géographiques : les régions de France métropolitaine, les départements franciliens et, enfin, un découpage de la région en 258 "cantons-villes regroupés". Un soin tout particu-

lier a été apporté aux cartes cantonales pour éviter ou pour le moins réduire les risques de surinterprétation inhérents aux statistiques réalisées sur de petits effectifs. Chacune de ces cartes, en effet, a fait l'objet de traitements statistiques et cartographiques complémentaires qui permettent de mieux appréhender les variations géographiques du risque de mortalité.

## ► Dictionnaires

36204

REPertoire  
MARCINKO (D.E.) / éd., HETICO (H.R.) / éd.

**Dictionary of health economics and finance.**

*Dictionnaire de l'économie de la santé et de la finance.*

New York : Springer Verlag : 2007 : 436p.

Cote Irdes : Ub552

[http://www.springerpub.com/prod.aspx?prod\\_id=02549](http://www.springerpub.com/prod.aspx?prod_id=02549)

Medical economics and finance is an integral component of the health care industrial complex. Its language is a diverse and broad-based concept covering many other industries: accounting, insurance, mathematics and statistics, public health, provider recruitment and retention, Medicare, health policy, forecasting, aging and long-term care, are all commingled arenas....The Dictionary of Health Economics and Finance will be an essential tool for doctors, nurses and clinicians, benefits managers, executives and health care administrators, as well as graduate students and patients With more than 5,000 definitions, 3,000 abbreviations and acronyms, and a 2,000 item oeuvre of resources, readings, and nomenclature derivatives it covers the financial and economics language of every health care industry sector.

## ► Glossaires

35221

RAPPORT  
VAN DRIEL (M.), CHEVALIER (P.)  
Minerva. Gent. BEL

**Minerva. Glossaire des termes utilisés en Evidence-Based Medicine.**

Gent : Minerva : 2004 : 108p.

Cote Irdes : Ub547

[http://www.minerva-ebm.be/articles/fr/woordenlijst\\_fr/woordenlijst\\_frans.pdf](http://www.minerva-ebm.be/articles/fr/woordenlijst_fr/woordenlijst_frans.pdf)



Ce glossaire recense tout un ensemble de termes employés en evidence-based medicine.

yearly updates are required. The next update is scheduled for June 2008.

## Guides

34745

OUVRAGE  
DAUTZENBERG (B.)

### **Travailler sans tabac : le guide.**

Paris : Editions Margaux Orange : 2007 :  
147p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A3565

Ce guide a été conçu pour aider concrètement les entreprises, administrations et collectivités à devenir des lieux sans tabac. Véritable guide pratique, il rassemble toutes les informations juridiques, scientifiques, organisationnelles nécessaires pour réussir la transition vers le zéro tabac dans l'entreprise. L'auteur a enrichi l'ouvrage d'outils pratiques : une Foire aux questions des 20 interrogations les plus fréquentes. Quel est le risque de contravention pour le fumeur ne respectant pas la législation du tabac dans l'entreprise ? Quel risque pénal un employeur qui laisse un employé se faire enfumer encourt-il ? L'installation d'un fumoir est-elle obligatoire ? Est-il possible de laisser fumer dans un bureau individuel ? Ce guide permet de retrouver toutes les réponses à ces questions, étayées par des données juridiques et scientifiques et une annexe.

36164

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

### **Search for evidence and critical appraisal : Health Services Research (HSR).**

*La recherche d'évidence et l'évaluation critique :  
la recherche dans le domaine de la santé.*

Bruxelles : KCE : 2007 : 22p.

<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=878>

This note describes the methodology to conduct a review of the literature on a health services research (HSR) topic. It provides a systematic approach to achieve uniformity in retrieval and quality of content. In consultation with KCE the methodology may be adapted to suit specific purposes or approaches of the literature review. This note (version June 2007) should be considered as a living document. To take account of new evidence or new methods,

## RÉGLEMENTATION

### Accidents thérapeutiques

36197

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

### **Aspects fondamentaux des assurances. Prévenir, assurer et couvrir les incidents médicaux.**

Paris : OCDE : 2007 : 90p., tabl., annexes

Cote Irdes : A3630

La fiabilité des systèmes de santé suppose des systèmes de compensation et de prévention qui couvrent de manière appropriée la responsabilité des professionnels et des établissements de santé et limitent les mauvaises pratiques médicales. Au cours des dernières années, dans certains pays de l'OCDE, les dispositifs d'indemnisation et de prévention des dommages ont rencontré des difficultés. Celles-ci ont notamment conduit certains spécialistes et chirurgiens à quitter leur métier ou à développer une médecine « défensive » coûteuse et inutile quand elle n'est pas porteuse de risque pour les patients. Cette publication évalue les différents types de dispositifs et de réformes élaborés afin de réduire et d'indemniser plus efficacement les incidents médicaux. En tenant compte des spécificités de chaque situation domestique et en particulier des systèmes de santé, l'étude analyse également les raisons principales des difficultés rencontrées par certains de ces systèmes de compensation et de prévention. L'étude offre une série unique de suggestions ciblées pour mettre en place un dispositif d'indemnisation/prévention plus efficace pour gérer les incidents résultant d'un traitement médical.



## ► Droits des malades

35427

OUVRAGE  
VIVIANA (S.), WINCKLER (M.)

***Les droits du patient.***

Paris : Fleurus : 2007 : 396p.

Cote Irdes : A3597

Cet ouvrage est un guide juridique et médical. La première partie décrit les droits fondamentaux des patients et les principaux aspects juridiques qui régissent les relations de soin. La seconde partie explique en détails les situations particulières relatives aux personnes, aux lieux, et aux soins, encadrées par la loi.

## ► Prévoyance d'entreprise

35444

OUVRAGE  
Éditions Francis Lefebvre. Paris.

***Retraites et prévoyance d'entreprise : juridique, fiscal, social, comptable.***

Paris : Editions Francis Lefebvre : 2007 : 1119p., annexes.

Cote Irdes : Ud549

Cet ouvrage offre un point complet sur les retraites et la prévoyance des salariés et des non-salariés. Tous les régimes obligatoires de retraite et de prévoyance sont passés au crible, leur fonctionnement, leurs modalités pratiques, leur coût et le montant des prestations servies. Un point est fait sur toutes les solutions complémentaires et leur évolutions, les avantages, notamment fiscaux et sociaux, de chaque solution et leurs contraintes. Pluridisciplinaire, l'approche est à la fois juridique (relations des entreprises ou des travailleurs indépendants avec les institutions de retraite et de prévoyance complémentaire, les compagnies d'assurances ou les mutuelles), fiscale (avantages attachés aux différentes solutions, pour l'entreprise et pour les collaborateurs ou dirigeants bénéficiaires des prestations, ainsi que pour les travailleurs indépendants), sociale (exonérations de charges sociales, relations avec les partenaires sociaux), comptable et financière. Sont abordées toutes les étapes de la vie des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire : audit préalable, mise en place, gestion, modification et suppression.

## ► Soins palliatifs

36379

RAPPORT  
AUBRY (R.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Comité National de Suivi du Développement des Soins Palliatifs et de l'Accompagnement. Paris. FRA

***Rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement.***

Paris : MSSPS : 2007/10 : 37p.

Cote Irdes : C, B6244

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000616/0000.pdf>

Après avoir présenté les enjeux d'une politique de développement des soins palliatifs, le rapport en étudie les besoins, la législation, les compare aux soins de fin de vie dans les autres pays. Il propose que les soins palliatifs soient intégrés à la pratique soignante (sensibilisation et formation des acteurs de santé, développement de la recherche) et qu'une information soit diffusée auprès du grand public, sur la fin de vie, la mort et les soins palliatifs. Il insiste sur les droits des malades et l'accompagnement des familles. Il émet des propositions : faciliter le maintien au domicile de la personne malade, rémunérer un congé de quinze jours pour l'accompagnement d'un proche en fin de vie.

## ► **Index des auteurs**



# A

Académie Nationale de Médecine.....	45,66
Académie Nationale des Sciences.....	45
ACCARDO (J.).....	101
ACKER (D.).....	74
ADAMS (A.).....	52
Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale. (A.C.O.S.S.).....	17, 18
Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail. (A.F.S.S.E.T.).....	40
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.).....	75,76
ALLEN (J.).....	20
ALTERAS (T.).....	75
Alternatives Economiques.....	63
ALTRINGER (B.).....	93
AMAR (E.).....	101
ANTONY (K.).....	80
APPLEBY (J.).....	93
ARCEGA (G.).....	28
ARNTZ (M.).....	32
ARRIGHI (H.M.).....	38
ARTS (D.).....	80
ARTUS (P.).....	101
ASARIA (P.).....	34
Assemblée Nationale.....	33
Association Française d'Entérostoma-Thérapeutes. (A.F.E.T.).....	69
ATKINSON (J.).....	99
ATLAN (G.).....	67
AUBERT (P.).....	101
AUBIN (J.).....	88
AUBRY (R.).....	104
AVDEEVA (O.).....	86

BAUM (C.L.).....	52
BAUMELOU (A.).....	78
BAYARSAIKHAN (D.).....	21
BECK (F.).....	66
BECKER (G.).....	42
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.) ....	103
BENKIMOUN (P.).....	18
BERTINATO (L.).....	73
BESSIERE (S.).....	101
BESSON (E.).....	24
BIGOT (C.).....	28
BILLINGS (M.).....	19
BJORVATN (A.).....	76
BLAKELY (T.).....	99
BLANC (P.).....	74
BLANCHARD (C.).....	30
BLANK (R.H.).....	75
BLAU (J.N.).....	20
BLEICH (S.).....	52
BLOOM (D.E.).....	58
BOARETTO (Y.).....	83
BOEDEKER (W.).....	48
BONNEFOND (J.).....	79
BOUCHER (M.).....	88
BOURG-BROC (B.).....	68
BOURGEAULT (Y. L.).....	71,78
BOURGUEIL (Y.).....	28,70
BRANCA (F.).....	34
BRANDOLINI (A.).....	64
BRAS (P.L.).....	70,73
BRIET (R.).....	25
BRIGGS (A.).....	98
BROOKMEYER (R.).....	38
BROOKS (R.).....	20
BUFF (A.).....	78
BURAU (V.).....	75

# B

BACCAGLINI (U.).....	73
BADEY (F.).....	79
BAKER (M.).....	93
BALESTAT (G.).....	55
BALIA (S.).....	56
BANKS (J.).....	51
BARBIER (J.C.).....	30
BARDET (J.).....	33
BARDY (G.).....	22
BARNAY (T.).....	59

# C

Cabinet Open Rome.....	47
CABRAL VIEIRA (J.).....	48
CAHUC (P.).....	101
Caisse des Dépôts et Consignations. (C.D.C.).....	68
Caisse Nationale des Allocations Familiales. (C.N.A.F.). 65	
CALVO (E.).....	59
CAMIRAND (J.).....	88
Canadian Center for Policy Alternatives.....	88
Canadian Health Services Research Foundation. (	





DAUTZENBERG (B.).....	103
DAVANT (J.P.).....	79
DAVE (D.) .....	43
DAVIS (K.) .....	90
DAWSON (R.).....	93
DEATON (A.) .....	44
DELAITRE (C.).....	30
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.) .....	68
DE MAESENEER (J.).....	19
DENECHERE (A.).....	74
DERIOT (G.).....	28
DESCHENES (O.).....	50
DE SUTTER (A.) .....	19
DI MAIO (A.).....	41
DIMITROVA (R.) .....	86
DIMOVA (A.).....	86
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.) .....	21
Direction de l'Evaluation de la Publicité et des Produits Cosmétiques et Biocides .....	75
Direction des Affaires Economiques et Monétaires. Bruxelles.....	32
Direction des Statistiques - des Etudes et de la Prévision.....	18
Direction Générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances .....	57, 91
Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs.....	61
Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.).....	55, 59
DIXON (A.) .....	34
DOBKIN (C.).....	43
DOLLE (M.) .....	63
DOMEIZEL (C.) .....	31
DORMONT (B.) .....	41, 94
DOUVEN (R.) .....	92
DRACE (C.) .....	73
DREYFUS (M.).....	29
DUHAMEL (G.).....	74
DUMAS (P.) .....	83
DUPONT (E.).....	68
DUVAL (J.).....	22

## E

EBERHARDT (S.).....	98
Ecole Nationale de Santé Publique. (E.N.S.P.).....	30, 31
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.).....	28

Éditions Francis Lefebvre .....	104
ELIAS (M.).....	86
Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.C.).....	59
ENTLEITNER (M.).....	80
Erasmus University. Department of Public Health .....	60
ERICKSON (W.) .....	93
ERNST (P.) .....	20
ERREIGERS (G.) .....	61
ESCARCE (J.) .....	44
ESLOUS (L.).....	55
European Commission. Directorate-General For Economic and Financial Affairs .....	32
European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.(E.F.I.L.W.C.) .....	36

## F

FABBRI (D.).....	91
Facultad de Ciencias Economicas y Empresariales.....	89
Faculté des Hautes Etudes Commerciales.....	78
FADEN (R.).....	30
FAHS (M.).....	40
FALCOFF (H.) .....	70
FANG (B.) .....	90
FASS (S.).....	64
Fédération des Maires des Villes Moyennes. (F.M.V.M.).	68
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.) .....	79, 80
Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. (F.N.C.L.C.C.) .....	45
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.) .....	67
FIEBIG (D.).....	85
FIGUERAS (J.) .....	20
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.) .....	86
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (U.N.I.C.E.F.).	60
FRAGONARD (B.).....	25
FRANCESCONI (C.) .....	39
FRANCK (R.G.).....	72
FRÖSCHL (B.).....	80
Fundacion de Estudios de Economia Aplicada. (F.E.D.E.A.).....	41

## G

GAGNEUX (M.)	83
GARCIA ARMESTO (S.)	21
GARSIDE (P.)	93
GAUTHIER (A.)	90
GAUTHIER (S.)	26
GAVAZZA (A.)	90
GEBEAU (R.)	86
GEMMILL (M.)	46
GEOFFARD (P.Y.)	94
GEORGIEVA (L.)	86
GIL LAPETRA (M.L.)	21
GIRARDOT (P.)	101
GLAESER (E.L.)	53
GODAGER (G.)	72
GÖHLMANN (S.)	53
GOLDMAN (D.P.)	42
GOMES DE MENEZES (A.)	48
GORI (C.)	41
GOSHEV (S.)	51
GRAHAM (H.)	63
GRAIG (M.)	93
GRALL (J.Y.)	71
GRATIEUX (L.)	84
GRAVELLE (H.)	19
GREEN (J.)	17
GREENSTONE (M.)	50
GRELICHE (N.)	101
GRIGNON (M.)	36
GROOTENDORST (P.)	82
Groupement d'Intérêt Public - Dossier Médical Personnel. (G.I.P. - D.M.P.)	82
GUEDES (D.)	101
GUINCHARD-KUNSTLER (P.)	58

## H

HAAS (S.)	68
HABL (C.)	80
HARRISON (A.)	93
Harvard Initiative for Global Health	58
Harvard School of Public Health	58
HARVEY (S.)	93
HASS (S.)	69
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)	26, 78, 95, 96
Health Consumer Powerhouse	18
HELLIWELL (J.F.)	100

HERSCH (J.)	54
HESCOT (P.)	48
HETICO (H.R.)	102
HEUER (A.)	81
HIRSCHKORN (K.)	78
HIRTZLIN (I.)	97
HOCKLEY (T.)	46
HOFMARCHER (M.)	85
HOGAN (K.)	86
HOGG (W.)	86
HOLE (A.R.)	73
HORWITZ (J.R.)	89
HUANG (K.)	99
HUBER (H.)	41
HUE (S.)	30
HUNG (H.)	100
HURLEY (J.)	27
HVENEGAARD (A.)	76

## I

IACONE (F.)	19
ICHINO (A.)	55
IFOP	34
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	40, 55, 70, 73, 74, 76, 83, 84
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.)	74, 83
Institut d'Economie et de Management de la Santé. (I.E.M.S.)	78
Institut d'Histoire du Temps Présent. (I.H.T.P.)	29
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.)	88
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.)	51, 54
Institute for International and Development Economics (I.I.D.E.)	77
Institute For Public Policy Research. (I.P.P.R.)	20
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.)	32, 48, 55, 99
Institut Kervegan	58
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)	49, 51
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	101
Institut National de Recherche Appliquée. (I.N.R.A.)	94
International Networks for Studies in Technology - Environment Alternatives and Development. (I.N.S.T.E.A.D.)	51
Ipsos	84
IVERSEN (T.)	72

## J

JABAAIJ (L.)	71
JANLÖV (N.)	94
JAUNEAU (Y.)	101
JAVITT (J.C.)	83
JAZOULI (A.)	68
JEANDET-MENGUAL (E.)	28
JEGOU (J.J.)	28
JIMENEZ-RUBIO (D.)	89
JOHNSON (E.)	38
JOHNSTON (S.)	86
JONES (A.)	98
JOUBERT (N.)	17, 18
JUILHARD (J.M.)	30, 67

## K

KAHN-BENSAUDE (I.)	66
KARASZEK (C.)	30
KASTEL (M.P.)	30
KAWACHI (I.)	46
KELLEY (E.)	21
KHOKHER (P.)	78
Kiel Institute for the World Economy	81
KIM (D.)	46
King's college	49
King's Fund Institute	34, 93
KLINDWORTH (H.)	48
KNOCKAERT (F.R.)	30
KNOX (S.)	85
KUNST (A.E.)	61

## L

L'HOMOND-FERNANDEZ (S.)	68
LABONTE (R.)	17
Laboratoire d'Economie Appliquée. (L.E.A.)	94
LAFORTUNE (G.)	55
LAGARDE (C.)	24
LAIB (N.)	101
LAKDAWALLA (D.)	39
LAKHANI (M.)	93
LAMIRAUD (K.)	94
LANCRY (P.J.)	25

LANDRIGAN (P.)	40
LARDEUX (A.)	28
LAUNOIS (R.)	39
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)	66
LECLERC (D.)	28, 31
LEE (M.)	88
LEE (S.)	100
LEFRANC (A.)	102
LEGLEYE (S.)	66
LEIGH (J.P.)	40
LEMOINE (B.)	79
LEOPOLD (C.)	80
LE PEN (C.)	79
LIEVERDINK (H.)	92
LIGHTHART (M.)	92
LISTER (G.)	93
LOBSTEIN (T.)	34
LOPEZ (A.)	76
LOSSON (J.)	28
LOUE (S.)	62
Lund University	94

## M

MAAREK (G.)	23
MACINTYRE (S.)	61
MACKENBACH (J.P.)	61
MACMINN (J.)	87
MADGE (A.)	43
MANFRED (H.)	57
MANZINI (P.)	99
MARCINKO (D.E.)	102
MAREK (A.)	70
MARICAL (F.)	101
MARINI (P.)	26
MARIONNET (D.)	101
MARIOTTI (M.)	99
MARKOWITZ (S.)	40, 52
MARTIN (S.)	19, 41
MARTIN-GARNIER (D.)	30
MASSE (G.)	35
MASSERIA (C.)	91
MATTHEW (H.)	79
McCANN (D.)	100
McKEE (M.)	73
McMaster University	27, 36, 51
MECHANIC (D.)	89
Médecins du Monde. (M.D.M.)	60, 65
Medical Research Council. (M.R.C.)	61

MEERDING (W.J.).....	61
MEJER (M.).....	81
MENARD (F.).....	68
MENARD (J.).....	49
MERLLIE (D.).....	101
MESSENGER (J.).....	100
MESTELMAN (S.).....	27
MEYER (J.A.).....	75
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.).....	24, 83, 84
Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports ..	74
Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (M.S.S.S.).....	88
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protec- tion Sociale. (M.S.S.P.S.).....	25, 37, 71, 104
Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.).....	68
Ministry of Health.....	99
MINSUP (S.).....	82
MIROUSE (B.).....	101
Mission Bouclier Sanitaire.....	25
Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.).....	31
Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale et de la Commission des Affaires Sociales. (M.E.C.S.S.).....	27
MONFARDINI (C.).....	91
MONHEIT (A.C.).....	64
MONSO (O.).....	101
MOORE (M.).....	58
MORETTI (E.).....	50
MOUSQUES (J.).....	70
MUISER (J.).....	21
MURPHY (K.).....	42
MURRAY (C.).....	52

## N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.) .....	38, 39, 42, 43, 44, 47, 50, 52, 53, 54, 57, 63, 64, 72, 83, 86, 89, 90, 100
National Center for Children in Poverty. (N.C.C.P.).....	64
NAUCHE (M.).....	30
Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.).....	92
NEUHAUS (J.).....	81
NEVES SEQUEIRA (T.).....	53
NICHOLS (A.).....	89
NICOLAS (G.).....	66
NIKOGOSIAN (H.).....	34

NIVIERE (D.).....	68
-------------------	----

## O

O'NEILL (D.M.).....	86
O'NEILL (J.E.).....	86
Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.).....	65
Observatoire des Inégalités.....	63
Observatoire Européen de l'Accès aux Soins des Mé- decins du Monde. (O.E.A.S.).....	60
Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé.....	20, 73, 85, 86
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.).....	68
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.).....	65
Observatoire Régionale de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.).....	102
Office of Health Economics. (O.H.E.).....	98
Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.).....	33
OLIVIER-KOEHRET (M.).....	79
OLLIVIER (R.).....	84
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)....	21, 47, 54, 55, 59, 94, 99, 103
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).....	20, 21, 34, 35, 37, 47, 69, 73, 77, 85, 86, 91, 92
Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.).....	69
Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (O.B.I.G.).....	80

## P

PACCAUD (F.).....	78
PAFFRATH (D.).....	80
PAMIES (R.J.).....	62
Paris Jourdan Sciences Economiques. (P.S.E.).....	94
PARROT (J.).....	79
PATEL (D.).....	93
PATXOT (C.).....	41
PAUGAM (S.).....	33
PAWSON (R.).....	96
PEARL (J.).....	97
PELJAK (D.).....	74
PEPIN (P.).....	102
PERETTI-WATEL (P.).....	66

PHILIPSON (T.) .....	42
PICARD (R.) .....	83, 84
PICKARD (L.) .....	41
PIÉRARD (E.) .....	82
POPESCU (L.) .....	51
POUVOURVILLE (G.de) .....	98
POWERS (M.) .....	30
POZZI (A.) .....	41
Premier Ministre .....	24
Programme des Nations Unies pour le Développement. (P.N.U.D.) .....	46

## R

RACK (C.) .....	85
RANKIN (J.) .....	20
RASHAD (I.) .....	52
RAT (C.) .....	51
REBELEANU-BERECZKI (A.) .....	51
REBITZER (J.B.) .....	83
REGENT (J.J.) .....	58
Région d'Ile de France .....	47
REISMAN (L.) .....	83
REMY (P.L.) .....	76
RENAUD (M.T.) .....	58
Research Intitute for Quantitative Studies en Economics and Population. (Q.S.E.P.) .....	51
Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé. (R.E.E.S.). Paris. FRA, Institut National du Cancer. (I.N.C.A.) .....	39
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsfor- schung. (R.W.I.) .....	53
RICE (N.) .....	41
RICORDEAU (P.) .....	70
ROGOWSKI (J.A.) .....	64
ROLAND (G.) .....	48
ROMENTEAU (P.) .....	83
ROSEN (R.) .....	34
ROSENWALD (F.) .....	101
ROTHGANG (H.) .....	41
ROUHAN (A.) .....	69
ROUSSILLE (B.) .....	70, 73
Royal College of General Practitioners. (R.G.G.P.) .....	93
RUFFAT (M.) .....	29
RUSSELL (G.) .....	86
RUTTEN (M.) .....	77

## S

SACCHETTO (R.) .....	32
SAFFER (H.) .....	43
SAINSAULIEU (I.) .....	78
SAINT-JULIEN (T.) .....	101
SAINTOYANT (V.) .....	70, 73
SALALE (V.) .....	85
SALCHEV (P.) .....	86
SALGUES (B.) .....	83
SANTIN (G.) .....	54
SAOUT (C.) .....	18, 79
SATCHER (D.) .....	62
SAVAGE (E.) .....	85
SCHELLEVIS (F.G.) .....	71
SCHOEN (C.) .....	90
SCHOENBAUM (S.C.) .....	90
SCHWABE (U.) .....	80
SCHWERDT (G.) .....	55
SCIULLI (D.) .....	48
SCULPHER (M.) .....	98
SCULPHER (M.J.) .....	96
Secours catholique. Département Enquête et Études Statistiques .....	65
Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective et de l'Eva- luation des Politiques Publiques .....	24
Sénat .....	23, 26, 27, 28, 30, 31, 67
SERMET (C.) .....	59
SEWASTIANOW (K.) .....	30
SHANG (B.) .....	42
SICILIANI (L.) .....	19
SILLERE (G.) .....	101
SILOW-CARROLL (S.) .....	75
SKINNER (J.) .....	57
SLOTE MORRIS (Z.) .....	93
SMITH (J.) .....	47
SMITH (P.C.) .....	19, 38, 41
Social and Economic Dimensions of an Aging Popula- tion. (S.E.D.A.P.) .....	71, 78, 82, 87
Social and Public Health Sciences Unit .....	61
SOOD (N.) .....	39
SOUZY (J.P.) .....	84
SPERMANN (A.) .....	32
STEFFES (S.) .....	32
STEINWALD (B.A.) .....	72
STEVE (F.) .....	93
STONEBRIDGE (C.) .....	92
STREET (A.) .....	76
STUART (G.) .....	79
STÜRZLINGER (H.) .....	80
SUBRAMANIAN (S.V.) .....	46



## T

TABUTEAU (D.) .....	18
TANCREDI (A.).....	97
The Conference Board of Canada.....	92
The Nuffield Trust.....	93
THEOBALD (H.) .....	75
TILLEY (N.).....	96
TOBIAS (M.) .....	99
TORTUYAUX (J.D.).....	30, 31

## U

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. (U.F.S.B.D.) .....	48
Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes. (U.R.M.L.) .....	69
United States General Accounting Office. (G.A.O.) ....	72
Unité Mixte de Recherche Epidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement. (U.M.R.E.S.T.T.E.) .....	54
Universidad de Granada.....	89
Universidade da Beira Interior. Departamento de Ges- tao e Economia.....	53
Université de Boston .....	72
University of Antwerp.....	61
University of Technology .....	85
University of the Azores.....	48
University of York .....	19, 38, 41, 73, 76, 96

## V

VALAT (B.) .....	29
VAN DE GEUCHTE (I.) .....	19
VAN DRIEL (M.) .....	102
VASSELLE (A.).....	27, 28
VERDIER (A.).....	74
VERMEULEN (I.).....	92
VIET (V.) .....	29
VIGNERON (E.).....	68, 69
VISCUSI (W.K.) .....	54
VISTNES (J.P.) .....	64
VITIKAINEN (K.).....	76
VIVIANA (S.).....	104
VOGLER (S.).....	80

VOLDMAN (D.) .....	29
--------------------	----

## W

WANLESS (D.) .....	93
WEI (F.).....	21
WEIGL (M.).....	80
WESTERT (G.P.) .....	71
WHITEHOUSE (E.) .....	59
WIDMAIER (S.) .....	32
WILLEMS (S.).....	19
WINCKLER (M.) .....	104
WISMAR (M.) .....	20
WITTENBERG (R.).....	41
WITTMANN (E.) .....	30

## Y

YEH (L-C).....	99
----------------	----

## Z

ZAMBROWSKI (J.J.) .....	81
ZECKHAUSER (R.J.) .....	72
ZIEGLER-GRAHAM (K.) .....	38
ZUCKER (E.).....	68
ZWEIMULLER (J.).....	55
ZYLBERBERG (A.).....	101

## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



## A

### ▶ **A.C.O.S.S. (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale)**

65, bd Richard-Lenoir  
75536 Paris cedex 11  
Tél. : 01 49 23 30 00  
<http://www.acoss.urssaf.fr/>

### ▶ **A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits du santé)**

Unité de Documentation  
143-147, Bd Anatole France  
93285 St Denis cedex  
Tél. : 01 48 13 20 00  
Fax : 01 48 13 20 03  
<http://afssaps.sante.fr/>

### ▶ **A.F.S.S.E.T. (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail)**

253 av. du Gal Leclerc  
94701 Maisons- Alfort cedex  
Tél. : 01 56 29 19 30  
Fax : 01 43 96 37 67  
Email : [afsset@afsset.fr](mailto:afsset@afsset.fr)  
<http://www.afsset.fr/index.php?siteid=53>

### ▶ **Académie Nationale de Médecine**

16, rue Bonaparte  
75272 Paris cedex 06  
Tél. : 01 42 34 57 70  
Fax : 01 40 46 87 55  
<http://www.academie-medecine.fr/>

### ▶ **Alzheimer's Society**

Devon House  
58 St Katherine's Way  
London E1W 1JX  
Tél. : 020 7423 3500  
Fax : 020 7423 3501  
Email : [enquiries@alzheimers.org.uk](mailto:enquiries@alzheimers.org.uk)  
<http://www.alzheimers.org.uk>

### ▶ **Assemblée Nationale**

126, rue de l'Université  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 63 60 00  
<http://www.assemblee-nationale.fr/0index.html>

## B

### ▶ **B.K.K. Bundesverband**

Federal Association of Company Health  
Insurance Funds  
Health Department  
Konprinzenstrasse 6  
D45128 Essen  
Allemagne  
<http://www.enwhp.org>

### ▶ **B.I.T. (Bureau International du Travail)**

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

## C

### ▶ **C.A.R.E.P.S. (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire)**

20, rue Chenoise  
38000 Grenoble  
Tél. : 04 76 51 10 56  
Fax : 04 76 51 03 06  
Email : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)  
<http://www.careps.org/>

- ▶ C.C.P.A. (Canadian Centre for Policy Alternatives)**  
 410-475 Albert Street  
 Ottawa ON K1P 5E7  
 Canada  
 Tél. : 00 1 613 563 1341  
 Fax : 00 1 613 233 1458  
 Email : [ccpa@policyalternatives.ca](mailto:ccpa@policyalternatives.ca)  
<http://www.policyalternatives.ca>
- ▶ C.H.E.R.E (Centre for Health Economics Research and Evaluation)**  
 PO Box  
 123 Broadway NSW 2007  
 Level 2, block D, building 5  
 1-59 quay Street Haymarket NSW 2000  
 Sydney  
 Australie
- ▶ C.E.P.I .I. (Centre d'Etudes Prospectives et d'Informations Internationales)**  
 9 rue Georges Pitard  
 75015 Paris  
 Tél. : 01 53 68 55 00  
<http://www.cepii.fr/>
- ▶ C.H.I.L.D. (Centre for Household Income Labour and Demographic Economics)**  
 Via Po 53  
 10124 Turin  
 Italie  
<http://www.child-centre.it/>
- ▶ C.E.P.M.B. (Patented Medicine Prices Review Board, Conseil d'Examen du Prix des Médicaments Brevetés)**  
 PMPRB  
 C.P. L40  
 Standard Life Centre  
 333, avenue Laurier Ouest  
 Bureau 1400  
 Ottawa (Ontario)  
 K1P 1C1  
 Canada  
<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/>
- ▶ C.H.S.R.F. (Canadian Health Services Research Foundation)**  
 1565, avenue Carling, bureau 700  
 Ottawa (Ontario) K1Z 8R1  
 Canada  
 Tél. : 00 1 613 7282238  
 Fax : 00 1 613 728 3527  
<http://www.chsrf.ca>
- ▶ C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information) / I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé)**  
 377, rue Dalhousie, bureau 200  
 Ottawa (Ontario) K1N 9N8  
 Canada  
 Tél. : 00 1 613 241 8120  
 Fax : 00 1 613 241 8120  
<http://www.cihi.ca>
- ▶ C.E.S.R. Ile-de-France (Conseil Economique et Social d'Ile-de-France)**  
 29 Rue Barbey de Jouy  
 75007 Paris  
 Tél. : 01 53 85 66 25  
 Fax : 01 53 85 65 89  
[http://www.cesr-ile-de-france.fr/cesr\\_htm/sommaire.asp](http://www.cesr-ile-de-france.fr/cesr_htm/sommaire.asp)
- ▶ C.G.T.I (Conseil Général des Technologies de l'Information)**  
 Ministère de l'Economie des Finances et de l'Emploi  
 Télédéc 792  
 120 rue de Bercy  
 75552 Paris cedex 12  
 Tél. : 01 40 04 04 04  
<http://www.cgti.org/index.php>
- ▶ C.I.R.C. (Centre International de Recherche sur le Cancer)**  
 150, cours Albert Thomas  
 69372 Lyon  
 Tél. : 04 72 73 84 85  
 Fax : 04 72 73 85 75  
<http://www.iarc.fr/>



- ▶ C.N.A.F. (Caisse Nationale d'Allocations Familiales)**  
 23, rue Daviel  
 75013 Paris  
 Tél. : 01 45 81 12 67  
<http://www.caf.fr>
- ▶ C.N.G.P.O (Collectif des Groupements des Pharmaciens d'Officine)**  
 Valérie Carlon  
 Tél. : 06 12 21 08 30  
<http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/>
- ▶ C.N.I.S. (Conseil National de l'Information Statistique)**  
 Timbre D130  
 18, bd Adolphe-Pinard  
 75675 Paris cedex 14  
 Tél. : 01 41 17 52 62  
 Fax : 01 41 17 55 41  
<http://www.cnis.fr/>
- ▶ C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)**  
 180, bd Haussman  
 75008 Paris  
 Tél. : 01 53 89 32 00  
 Fax : 01 53 89 32 01  
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
- ▶ 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  
 Tél. : +31-70-3383425  
 Email : [bibliotheek@cpb.nl](mailto:bibliotheek@cpb.nl)  
<http://www.cpb.nl/eng/>
- ▶ C.R.E.D.O.C. (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie)**  
 142, rue du Chevaleret  
 75013 Paris  
 Tél. : 01 40 77 85 01  
 Fax : 01 40 77 85 33  
<http://www.credoc.fr/>
- ▶ C.R.E.N.O.S. (Centre for North South Economic Research /Centro Ricerche Economiche Nord Sud.)**  
 Via S. Giorgio 12  
 09124 Cagliari  
 Italie  
 Tél. : +39.070.6756406  
 Fax: +39.070.6756402  
<http://www.crenos.it/>
- ▶ C.T.I.P. (Centre Technique des Institutions de Prévoyance)**  
 10, rue Cambacérès  
 75008 Paris  
 Tél. : 01 42 66 68 49  
 Fax : 01 42 66 64 90  
<http://www.ctip.asso.fr>
- ▶ Cambridge University Press**  
 The Edinburgh Building  
 Cambridge CB2 1RP  
 Royaume-Uni  
<http://www.cambridge.org/>  
 ou  
 40 West 20th Street  
 New York NY 10011-4211  
 Etats-Unis
- ▶ Centre d'Economie de la Sorbonne**  
 Maison des Sciences Économiques  
 106-112 boulevard de L'Hôpital  
 75647 Paris Cedex 13  
 Tél. : 01 44 07 81 00  
 Fax : 01 44 07 81 09  
<http://mse.univ-paris1.fr/index.html>

► **Centre de recherche Innocenti**

UNICEF  
2 Piazza SS Annunziata  
50122 Florence  
Italie  
<http://www.unicef-irc.org/>

► **Centre for Health Policy**

Postal address  
Centre for Health Policy (CHP)  
School of Public Health  
Faculty of Health Sciences  
University of the Witwatersrand  
P.O. Box 1038  
Johannesburg, 2000  
Tél. : 27 11 489 9936  
Fax: +27 11 489-9900  
<http://www.wits.ac.za/chp/index.htm>

► **Cercle Santé Société**

32 rue Cassette  
75006 Paris  
Tél. : 01 42 22 29 02  
Fax : 01 42 22 35 88  
<http://www.cerclesantesociete.fr/>

► **Comede (Le) (Comité Médical pour les Exilés)**

Hôpital de Bicêtre  
BP 31  
78, rue du Général Leclerc  
94272 Le Kremlin Bicêtre cedex  
Tél. : 01 45 21 38 40  
Fax : 01 45 21 38 41  
Email : [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
<http://www.comede.org>

► **Commission des communautés européennes**

Office des publications  
B-1049 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 299 11 11  
email : [info-info-opoce@cec.eu.int](mailto:info-info-opoce@cec.eu.int)  
ou email : [publications@cec.eu.int](mailto:publications@cec.eu.int)  
[http://europa.eu.int/comm/contact/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/contact/index_fr.htm)

► **Commission européenne**

Direction générale Emploi et Affaires Sociales  
Unité «Communication»  
Centre de documentation  
B-1049 Bruxelles  
Belgique  
Fax : 00 32 2 296 23 93  
Publications DG Emploi et Affaires sociales :  
[empl-info@cec.eu.int](mailto:empl-info@cec.eu.int)  
Commission européenne : [http://europa.eu.int/comm/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/index_fr.htm)  
DG Emploi et affaires sociales : [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/index\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_fr.html)

► **Commonwealth Fund (The)**

One east 75<sup>th</sup> street  
New York, NY 10021.2692  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 535 0400  
Fax : 00 1 212 606 3500  
Email : [cmwf@cmwf.org](mailto:cmwf@cmwf.org)  
<http://www.commonwealthfund.org/>

► **Conference Board of Canada (The)**

255 Smyth Road  
Ottawa ON K1H 8M7  
Canada  
Tél. : 00 1 613 526 3280  
Fax : 00 1 613 526 4857  
<http://www.conferenceboard.ca>

► **Consumers International**

24 highbury Crescent  
London N5 1RX  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 020 7226 6663  
Fax : 00 44 020 7354 0607  
<http://www.consumersinternational.org>

► **Cour des Comptes**

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

## D

### Documentation Française (La)

Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

### Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)

124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

### Editions Margaux Orange

20 rue du Mail  
75002 Paris  
Tél. : 01 42 21 15 25  
<http://www.margauxorange.com/index.html>

### Edward Elgar Publishing Limited

Glensanda House  
Montpellier Parade  
Cheltenham Glos GL50 1UA UK  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1242 226934  
<http://www.e-elgar.co.uk>

### Erasmus MC

University Medical Center Rotterdam  
Department of Public Health  
PO Box 1738  
3000 DR Rotterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 10 408 1111  
Email : [j.mackenbach@erasmusmc.nl](mailto:j.mackenbach@erasmusmc.nl)  
<http://www.erasmusmc.nl/content/englishindex.htm>

## E

### EDHEC Business School

Pôle de recherche en économie, évaluation  
des politiques publiques et réforme de l'état  
393-420 promenade des Anglais  
BP316  
06202 Nice cedex 3.  
Tél. : 04 93 18 32 53  
Fax : 04 93 18 78 40  
[http://professoral.edhec.com/78756425/0/fiche\\_\\_\\_pagelibre/](http://professoral.edhec.com/78756425/0/fiche___pagelibre/)

### Economica

Editions Techniques et Scientifiques  
49, rue Héricart  
75015 Paris  
Tél. : 01 45 78 12 92  
Fax : 01 45 75 05 67

### Editions Archetype 82

82 bd St Michel  
75006 Paris  
Tél. : 01 46 34 19 99  
email : [archetype82@free.fr](mailto:archetype82@free.fr)  
<http://archetype82.com/index.php?action=home>

### Editions Archipel (L')

34 rue des Bourdonnais  
75001 Paris  
Tél. : 01 55 80 77 40  
<http://www.editionsarchipel.com/>

### Editions de l'Atelier (Les)

51-55 rue Hoche  
Bât. B Hall 1 Étage 3  
94200 Ivry-Sur-Seine  
Tél. : 01 45 15 20 20  
<http://www.editionsatelier.com/>

### Editions de la DIV

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)  
194 avenue du Président Wilson  
93217 Saint-Denis La Plaine  
Tél. : 01 49 17 46 18  
**Fax : 01 49 17 47 01**  
<http://www.ville.gouv.fr/>

▶ **Editions des Journaux Officiels**

26 rue Desaix  
75727 Paris cedex 15  
Tél. : 01 40 58 75 00  
Email : [info@journal-officiel.gouv.fr](mailto:info@journal-officiel.gouv.fr)  
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

▶ **Editions Fleurus**

15/27 rue Moussorgski  
75018 Paris  
Tél : 01 53 26 33 35  
Fax : 01 53 26 33 36  
<http://www.editionsfleurus.com>

▶ **Editions Francis Lefèbvre**

42, rue de Villiers  
92532 Levallois cedex  
[http://www.efl.fr/efl/si/hp/frm\\_hp.htm](http://www.efl.fr/efl/si/hp/frm_hp.htm)

▶ **Editions Jacob-Duvernet**

134 rue du Bac  
75007 Paris  
Tél. : 01 42 22 63 65

▶ **Editions Raisons d'Agir**

27 rue Jacob  
75006 Paris  
<http://www.raisonsdagir.org>

▶ **E.N.S.P. (Ecole Nationale de Santé Publique)**

Est devenu **E.H.E.S.P.** (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)  
(Prêts des mémoires)  
Unité de documentation multimédia  
Avenue du professeur Léon Bernard  
CS 74312  
35043 Rennes Cedex  
Fax : 02 99 02 26 28  
Email : [cruault@ensp.fr](mailto:cruault@ensp.fr)  
<http://www.ensp.fr/services/default.htm>  
conditions de prêts, mémoires en ligne à partir de 1999

▶ **ESCP-EAP**

Chaire Santé  
79 av. de la République  
75543 Paris cédex 11

▶ **Etudes Hospitalières (Les)**

38, rue du Commandant Charcot  
33000 Bordeaux Centre  
Tél. : 05 56 98 85 79  
Fax : 05 56 96 88 79  
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

▶ **EURISCO**

Université Paris Dauphine  
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny  
75 775 Paris cedex  
[http://www.dauphine.fr/eurisco/eur\\_cr.html](http://www.dauphine.fr/eurisco/eur_cr.html)

▶ **European Foundation**

Wyattville Road  
Loughlinstown  
Dublin 18  
Irlande  
Tél. : 00 353 1 204 3100  
<http://www.eurofound.europa.eu/>

## F

▶ **F.E.D.E.A. (Fundacion de Estudios de Economia Aplicada)**

C/ Jorge Juan, 46  
28001 Madrid  
Espagne  
Tél. : +34 914359020  
Email : [carias@fedea.es](mailto:carias@fedea.es)  
<http://www.fedea.es/>

▶ **F.M.V.M. (Fédération des Maires des Villes Moyennes)**

5 rue Jean Bart  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 44 99 61  
[fmvm@villesmoyennes.asso.fr](mailto:fmvm@villesmoyennes.asso.fr)  
<http://www.villesmoyennes.asso.fr/fr/index.php>

▶ **F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française)**

255, rue de Vaugirard  
75719 Paris cedex 15  
Tél. : 01 40 43 30 30  
Email : [webmail@mutualite.fr](mailto:webmail@mutualite.fr)  
<http://www.mutualite.fr/>

▶ **F.N.O.R.S. (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé)**

62, bd Garibaldi  
75015 Paris  
Tél. : 01 56 58 52 40  
Fax : 01 56 58 52 41  
Email : [info@fnors.org](mailto:info@fnors.org)  
<http://www.fnors.org>

## G

▶ **G.A.O. (US General Accounting Office)**

441 G Street NW, Room LM  
Washington DC 20548  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 512 6000  
Fax : 00 1 202 512 6061  
<http://www.gao.gov>

▶ **G.I.P. -D.M.P.**

9-11 rue Georges Pitard  
75015 Paris  
<http://www.d-m-p.org>

▶ **G.I.P. Reclus**

Maison de la géographie  
17, rue de l'Abbé-de-l'Epée  
34090 Montpellier  
Tél. : 05 67 14 58 17  
<http://www.mgm.fr>

## H

▶ **H.A.S. (Haute Autorité de santé)**

2, avenue du Stade de France  
**93218 Saint-Denis La Plaine Cedex**  
Tél. : 01 55 93 70 00  
Fax : 01 55 93 74 00  
Email : [contact.web@has-sante.fr](mailto:contact.web@has-sante.fr) (webmaster)  
Email : [contact.presse@has-sante.fr](mailto:contact.presse@has-sante.fr) (contact presse)  
Email : [contact.revues@has-sante.fr](mailto:contact.revues@has-sante.fr) (contact revues)  
<http://www.has-sante.fr/HAS/has.nsf/HomePage?ReadForm>

▶ **Harvard Initiative for Global Health**

04 Mt. Auburn Street  
3rd Floor  
Cambridge, MA 02138  
Etats-Unis  
email : [globalhealth@harvard.edu](mailto:globalhealth@harvard.edu)  
<http://www.globalhealth.harvard.edu>

▶ **Health Consumer Powerhouse**

Brussels office  
Rue Fossé aux Loups 34, boîte 2,  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 218 7393  
Fax : 00 32 2 218 7384  
Email : [brussels@healthpowerhouse.com](mailto:brussels@healthpowerhouse.com)  
<http://www.healthpowerhouse.com>

## I

▶ **I.F.O.P. (Institut Français d'Opinion Publique)**

6-8, rue Eugène Oudiné  
75013 Paris  
Tél. : 01 45 84 14 44  
Fax : 01 45 84 93 36  
<http://www.ifop.com>



- I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales)**  
 25-27, rue d'Astorg  
 75008 Paris  
 Tél. : 01 40 56 6000  
 Fax : 01 40 56 6001  
[http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas\\_som.htm](http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas_som.htm)
  
- I.H.E.M. / I.E.M.S. (Institut d'Economie et de Management de la Santé)**  
 Faculté des Hautes Etudes Commerciales  
 Quartier UNIL-Dorigny  
 Bâtiment Extranef  
 CH-1015 Lausanne  
 Suisse  
 Tél. : 021 692 33 20  
 Fax : 021 692 36 55  
<http://www.hec.unil.ch/iems/home>
  
- I.I.D.E. (Institute for International & Development Economics)**  
 Lichtenauerlaan 102  
 3062 ME Rotterdam  
 Pays-Bas  
<http://www.i4ide.org>  
 I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
 18, boulevard Adolphe-Pinard  
 75675 Paris cedex 13  
 Tél. : 01 41 17 50 50  
<http://www.insee.fr>  
 Diffusion : Insee Info Service  
 Tour Gamma A  
 195, rue de Bercy  
 75582 Paris cedex 12  
 Tél. : 01 41 17 66 11 / 0825 889 452  
 Fax : 01 53 17 88 09  
[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)
  
- I.N.S.E.R.M. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)**  
 Service Editions Librairie  
 101, rue de Tolbiac  
 75013 Paris  
 Tél. : 01 44 23 60 82  
 Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)  
 Fax : 01 45 85 68 56  
<http://www.inserm.fr>  
<http://bir.inserm.fr/>
  
- I.N.S.T.E.A.D. / C.E.P.S. (International Networks for Studies in Technologies Environment Alternatives and Development)**  
 BP 48  
 4501 Differdange  
 Luxembourg  
<http://www.ceps.lu/>
  
- I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)**  
 12 rue du Val d'Osne  
 94415 St Maurice cedex  
 Tél. : 01 41 79 67 00  
 Fax : 01 41 79 67 67  
<http://www.invs.sante.fr>
  
- I.P.P.R. (Institute for Public Policy)**  
 30-32 Southampton Street  
 London WC2E 7RA  
 Royaume-Uni  
 Tél. : 00 44 20 7470 6100  
<http://www.ippr.org.uk>

▶ **I.S.Q. (Institut de la Statistique du Québec)**

Pour la diffusion des publications  
Direction Santé Québec  
200 Chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1R 5T4  
Canada  
Tél. : 00 1 418 691 2401  
<http://www.stat.gouv.qc.ca>  
Diffusion : les Publications du Québec  
1500-D, boul. Charest Ouest  
Ste-Foy (Québec) G1N2EA  
Canada  
ou

**I.S.Q. (Institut de la Statistique du Québec)**  
Direction Santé Québec  
1200, av. McGill College; 5e étage  
Montréal (Québec) H3B 4J8  
Canada  
Tél. : 00 1 514 873 4749  
Fax : 00 1 514 864 9919  
<http://www.stat.gouv.qc.ca>

▶ **Institut Kervegan**

42 bis rue Fouré  
44000 Nantes  
Tél. : 02 40 12 41 41  
[info@institut-kervegan.com](mailto:info@institut-kervegan.com)  
<http://www.institut-kervegan.com>

▶ **Institute for the Study of Labor /  
Forschungsinstitut zur Zukunft der  
Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9  
PO Box 7240  
53072 Bonn  
Allemagne  
Tél. : 00 49 228 3894 0  
Fax : 00 49 228 3894 510  
Email : [iza@iza.org](mailto:iza@iza.org)  
<http://www.iza.org/>

▶ **IOS Press**

Nieuwe Hemweg 6B  
1013 BG Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 31 20 688 3355  
Fax : 00 31 20 620 3419  
Email : [market@iospress.nl](mailto:market@iospress.nl)  
<http://www.iospress.nl/>

▶ **Ipsos France**

35 Rue du Val de Marne  
75628 Paris Cedex 13  
Tél. : 01 41 98 90 00  
Fax : 01 41 98 99 99  
<http://www.ipsos.fr/>

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

(ex CREDES)  
Service Diffusion  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [commande@irdes.fr](mailto:commande@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr>

## J

▶ **John Hopkins University**

School of Public Health  
Department of Biostatistics  
615 North Wolfe Street  
Baltimore, Maryland 21205  
Etats-Unis  
<http://www.jhsph.edu/>

## K

▶ **K.C.E. (Federaal Kenniscentrum  
voor de Gezondheidszorg / Centre  
Fédéral d'Expertise des Soins de  
Santé)**

Résidence Palace  
Wetstraat 155  
Rue de la Loi  
B-1040 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 287 33 88  
<http://www.kce.fgov.be/>

► **Kiel Institute for the World Economy**

Düsternbrooker Weg 120  
24105 Kiel  
Allemagne  
Tél. : 49 431 8814 1  
Fax : 49 431 8585 3  
Email: [info@ifw-kiel.de](mailto:info@ifw-kiel.de)  
<http://www.uni-kiel.de/ifw/homeeng.htm>

► **King's Fund Institute**

Policy Journals  
The Old Vicarage Ermitage  
RG16 9SU Newbury (Berkshire)  
Royaume-Uni  
<http://www.kingsfund.org.uk>

**L**

► **L.E.E.M. (Les Entreprises du Médicament)**

88, rue de la Faisanderie  
75016 Paris  
Tél. : 01 45 03 88 88  
<http://www.leem.org>

► **L.S.E. (London School of Economics and Political Science)**

Houghton Street  
London WC2A 2AE  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7405 7686  
<http://www.lse.ac.uk/>

► **Lund University**

Department of Economics  
P.O. Box 7082  
SE-22007 Lund  
Suède  
<http://www.nek.lu.se/>

**M**

► **M.R.C. (Medical Research Council)**

Social & Public Health Sciences Unit  
4 Lilybank Gardens  
Glasgow, G12 8RZ  
Royaume-Uni  
<http://www.sphsu.mrc.ac.uk>

► **M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)**

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
8, av. de Ségur  
75350 Paris cedex SP  
Tél. : 01 40 56 60 00  
<http://www.sante.gouv.fr>

► **McGraw-Hill International**

Shoppenhangers Road  
Maidenhead  
Berkshire SL6-2QL  
Royaume-Uni

► **McMaster University**

Department of Economics  
Kenneth Taylor Hall, Rm 426  
McMaster University  
1280 Main Street West  
Hamilton, Ontario, Canada  
L8S 4M4  
Tél. : 00 1 905 525 9140, ext. 22765  
Fax : 00 1 905 521 8232  
Email : [econ@mcmaster.ca](mailto:econ@mcmaster.ca) - [econch@mcmaster.ca](mailto:econch@mcmaster.ca)  
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

► **Médecins du Monde**

62, rue Marcadet  
75018 Paris  
Tél. : 01 44 92 15 15  
Email : [medmonde@medecinsdumonde.org](mailto:medmonde@medecinsdumonde.org)  
<http://www.medecinsdumonde.org>

► **Minerva**  
Revue d'évidence-based medicine  
Anne De Waele, CUMG-UCL,  
Tour Pasteur 53/ 5360  
B-1200 Bruxelles  
Belgique  
[dewaele@cumg.ucl.ac.be](mailto:dewaele@cumg.ucl.ac.be)

► **Ministry of Health (Australie)**  
Key Directions Consultation Outcomes  
Performance Systems Clinical Services  
Directorate Ministry of Health  
PO Box 5013  
Wellington  
Australie  
<http://www.moh.govt.nz>

► **Munich University Library**  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 Munich  
Allemagne  
<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/>

## N

► **N.B.E.R. (National Bureau of Economic Research)**  
1050 Massachusetts Avenue  
Cambridge MA 02138  
Etats Unis  
Tél. : 001 617 588 0315  
Fax : 001 617 441 3895  
<http://www.nber.org>

► **N.C.C.P. (National Center for Children in Poverty)**  
215 West 125th Street , 3rd floor  
New York  
NY 10027-4426  
Tél. : 646-284-9600  
<http://www.nccp.org>

► **Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services**  
59 New Cavendish Street  
London WIG 7LP  
Royaume Uni  
Tél. : 00 44 20 7631 8450  
Fax : 00 44 20 7631 8451  
Email : [mail@nuffieldtrust.org.uk](mailto:mail@nuffieldtrust.org.uk)  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>

## O

► **O.C.D.E. (Les Editions)**  
Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour acheter les documents.  
Les publications sont diffusées par...  
**Librairie de l'OCDE en ligne**  
Pour acheter en ligne monographies et publications en série  
<http://www.ocdelibrairie.org/> / <http://www.oecdbookshop.org>  
**Documents en ligne :**  
<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne  
**Autres diffuseurs...**  
**Monographies**  
Documentation Française (La)  
Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
email : [libparis@ladocfrancaise.gouv.fr](mailto:libparis@ladocfrancaise.gouv.fr)  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> => rechercher sur « OCDE »  
**Abonnements** (publications en série, documents de travail... ) à souscrire auprès du distributeur anglais  
Extenza Turpin  
Pegasus Drive  
Stratton Business Park  
Biggleswade  
Bedfordshire, SG18 8TQ  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1767 604 800  
Fax : 00 44 1767 601 640  
Email : [turpin@turpin-distribution.com](mailto:turpin@turpin-distribution.com)  
<http://www.turpin-distribution.com>

**Consultation des documents** : à la

Documentation Française

**O.G.C. (Organisme Gestionnaire  
Conventionnel)**

**Formation Professionnelle Conventionnelle  
des médecins)**

217, rue de la Fontaine

94120 Fontenay sous Bois

Tél. : 01 48 76 19 05

<http://www.ogc.fr/index.php>

▶ **Oxford University Press**

Publishing office

Great clarendon Street

Oxford OX2 6DP

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 1865 556 767

Fax : 00 1865 556 646

Email: [enquiry@oup.co.uk](mailto:enquiry@oup.co.uk)

<http://www.oup.co.uk/>

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

Avenue Appia

CH 1211 Genève 27

Suisse

Tél. : 00 41 22 791 21 11

<http://www.who.int/en/>

[http://bookorders.who.int/bookorders/index.](http://bookorders.who.int/bookorders/index.htm)

[htm](http://bookorders.who.int/bookorders/index.htm)(diffuseurs en France)

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

**Bureau régional de l'Europe**

8, Scherfigsvej

2100 Copenhague

Danemark

Tél. : 00 45 39 17 14 59

Fax : 00 45 39 17 18 95

<http://www.who.dk>

<http://www.who.int/dsa/cat97/zsale.htm#France>

(diffuseurs en France)

▶ **O.N.Z.U.S. (Observatoire National  
des Zones Urbaines Sensibles)**

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)

194 avenue du Président Wilson

93217 Saint-Denis La Plaine

Tél. : 01 49 17 46 18

**Fax : 01 49 17 47 01**

<http://www.ville.gouv.fr/>

▶ **O.R.S.I.F. (Observatoire régional  
de la Santé d'Ile-de-France)**

21-23, rue Miollis

75732 Paris cedex 15

Tél. : 01 44 42 64 70

Fax : 01 44 42 64 71

email : [orsidf@orsidf.worldnet.fr](mailto:orsidf@orsidf.worldnet.fr)

<http://www.ors-idf.org>

▶ **Observatoire des Inégalités**

35 rue du Canal

37000 Tours

email : [contact@inegalites.fr](mailto:contact@inegalites.fr)

<http://www.inegalites.fr/index.php>

▶ **Observatoire européen des  
systèmes et des politiques de  
santé / European Observatory on  
Health Care Systems and Policies**

(ex : Observatoire européen des systèmes de  
santé / European Observatory on Health Care  
Systems)

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Rue de l'Autonomie, 4

B - 1070 Bruxelles

Belgique

Tél. : +32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 09 36

<http://www.euro.who.int/observatory>

▶ **Office des Publications Officielles  
des Communautés Européennes**

2, rue Mercier

2985 Luxembourg

Luxembourg

Tél. : 00 352 29 29-1

Fax: 00 352 29 29-44619

[http://publications.eu.int/index\\_fr.html](http://publications.eu.int/index_fr.html)

Réseau d'agents de vente : [http://publications.eu.int/others/sales\\_agents\\_en.html](http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html) => France

▶ **Open Rome (Réseau GROG )**

67, rue du Poteau

75018 Paris

Tél. : 01 56 55 51 64

Fax : 01 56 55 51 68

Email : [mforest@openrome.org](mailto:mforest@openrome.org)



## ► Open University Press

McGraw-Hill Education  
Shoppenhangers Road  
Maidenhead  
Berkshire  
SL6 2QL  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1628 502500  
Fax : 00 44 1628 635895  
Email : [enquiries@openup.co.uk](mailto:enquiries@openup.co.uk)  
Email : [emea\\_queries@mcgraw-hill.com](mailto:emea_queries@mcgraw-hill.com)  
France : Anne-Marie Pluijm : [anne-marie\\_pluijm@mcgraw-hill.com](mailto:anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com)  
<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

## P

## ► PSE (Paris School of Economics)

48 boulevard Jourdan  
75014 Paris  
Tél. : 01 43 13 63 00  
Fax: 01 43 13 63 10  
Email: [accueil@pse.ens.fr](mailto:accueil@pse.ens.fr)  
<http://www.pse.ens.fr/>

## ► Premier ministre

57, rue de Varennes  
75007 Paris  
Tél. : 01 42 75 80 00  
<http://www.premier-ministre.gouv.fr>

## ► Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille  
75685 Paris Cedex 14  
Tél. : 01.58.10.31.00  
Fax : 01.58.10.31.82  
<http://www.puf.com/>

## ► Presses Universitaires de Rennes

Campus de La Harpe  
2, rue du doyen Denis-Leroy  
35044 Rennes Cedex  
Tél. : 02 99 14 14 01  
Fax : 02 99 14 14 07  
<http://www.pur-editions.fr/>

## ► Productivity Commission

Media and Publications  
PO Box 80  
Belconnen ACT 2616  
Australie  
Tél. : (02) 6240 3239  
Email : [maps@pc.gov.au](mailto:maps@pc.gov.au)  
<http://www.pc.gov.au/>

## R

## ► R.E.E.S. (Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé)

28 rue d'Assas  
75006 Paris  
Tél. : 01 44 39 16 90  
<http://www.rees-France.com>

## ► R.W.I. (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)

Hohenzollernstrasse 1/3  
D-45128 Essen  
Allemagne  
Tél. : 00 49 201 81 49 0  
Fax : 00 49 201 81 49 200  
Email : [rwi@rwi-essen.de](mailto:rwi@rwi-essen.de)  
<http://www.rwi-essen.de/>

## ► Radcliffe Publishing

18, Marcham Road  
Abingdon  
Oxford OX14 1AA  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1235 528 820  
Fax : 00 44 1235 528 830  
Email : [contactus@radcliffemed.com](mailto:contactus@radcliffemed.com)  
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

## ► REGARDS

Rédaction et diffusion : E.N.3.S. (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)  
27, rue du Docteur Charcot  
42031 St Etienne  
Tél. : 04 77 81 15 15  
Fax : 04 77 81 15 00  
Email : [en3s@en3s.fr](mailto:en3s@en3s.fr)  
<http://www.en3s.fr/>

▶ **Routledge**

2, Park Square  
Milton Park  
London EC4 P 4EE  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7583 9855  
Fax : 00 44 20 7842 2298  
<http://www.routledge.com/>

▶ **Royal College of General Practitioners**

14 Princes Gate  
Hyde Park  
London SW7 1PU  
Royaume-Uni  
<http://www.rcgp.org.uk>

▶ **Rutgers University Press**

Orders/Customer Service/Credit and Fulfillment:  
c/o Longleaf Services, Inc.  
PO Box 8895, Chapel Hill, NC 27515-8895  
Toll free phone: 800-848-6224/fax: 800-272-6817  
Email: [customerservice@longleafservices.org](mailto:customerservice@longleafservices.org)

## S

▶ **S.E.D.A.P. (Social and Economic Dimensions of Aging Population)**

Hall, Room 426  
McMaster University  
Hamilton, Ontario  
Canada L8S 4M4  
Fax : 00 1 905 521 8232  
Email: [sep@mcmaster.ca](mailto:sep@mcmaster.ca)  
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/>

▶ **Sage Publications Ltd**

1 Oliver's Yard  
55 City Road  
London EC1Y 1SP  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7324 8500  
<http://www.sagepub.co.uk/>

▶ **Secours Catholique**

Département Méthodes-Statistiques  
106, rue du Bac  
75341 Paris cedex 07  
Tél. : 01 45 49 73 71  
Fax : 01 45 49 94 50  
Email : [dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr](mailto:dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr)  
<http://www.secours-catholique.asso.fr/>

▶ **Sénat**

15, rue de Vaugirard  
75292 Paris cedex 06  
Tél. : 01 42 34 20 00  
Espace librairie  
20 rue de vaugirard 75006 PARIS  
Tél. : 01 42 34 21 21  
email : [espace-librairie@senat.fr](mailto:espace-librairie@senat.fr)  
<http://www.senat.fr>

▶ **Springer Publishing Company**

11 West 42nd Street, 15th Floor  
New York, NY 10036  
Etats-Unis  
email: [contactus@springerpub.com](mailto:contactus@springerpub.com)  
<http://www.springerpub.com/>

▶ **Springer-Verlag Berlin**

**PO-Box 14302**  
Heidelberger Platz 3  
D-14197 Berlin  
Allemagne  
<http://www.springer.com>

## U

▶ **U.F.S.B.D. (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire)**

7, rue Mariotte  
75017 Paris  
Tél. : 01 44 90 72 80  
Fax : 01 44 90 96 54  
Email : [contact@ufsbfd.fr](mailto:contact@ufsbfd.fr)  
<http://www.ufsbfd.fr/>

- U.N.I.C.E.F. (United Nations Children's Fund)**  
 Unicef House  
 3 United Nations Plaza  
 New York, New York 10017  
 Etats-Unis  
 Tél. : 00 1 212 326 7000  
 Fax : 00 1 212 887.7465  
<http://www.unicef.org>
- United Nations/ ONU**  
 Publication Room DC2-853  
 New York 10017  
 Etats-Unis  
 Tél. : 00 1 212 963 8302  
<http://www.un.org/Publications>
- Université de Grenade**  
 Faculté des Sciences Economiques  
 Grenade  
 Espagne  
<http://www.ugr.es/local/fccee/>
- Università Roma Tre**  
 Dipartimento di Economia  
 Via Ostiense, 139  
 00154 Roma  
 Italie  
<http://host.uniroma3.it/dipartimenti/economia/it/index.asp>
- Universidade da Beira Interior**  
 Departamento de Gestao e Economia  
 Rua Marquês d'Ávila e Bolama  
 6201-001 Covilha  
 Portugal  
<http://www.ubi.pt/>
- University of Antwerp**  
 Department of Economics  
 City Campus  
 Prinsstraat 13  
 2000 Antwerpen  
 Belgique  
<http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=.ENGLISH>
- University of Boston**  
 Department of economics  
 270 Bay State Road  
 Boston, MA 02215  
 Etats-Unis  
 Tél. : 617 353 4389  
 Fax : 617 353 444  
<http://www.bu.edu/econ/>
- University of Michigan Press (The)**  
 839 Greene Street  
 Ann Arbor, MI 48104-3209  
 Etats-Unis  
 Tél. : 00 1 734 764 4388  
 Fax : 00 1 734 615 1540  
<http://www.press.umich.edu>
- University of York**  
 Department of economics and related studies  
 York  
 YO10 5DD  
 Royaume-Uni  
 Tél. : (0)1904 433776  
 Fax : (0) 1904 433759  
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>



# ■ Quoi de neuf, Doc?

## Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche  
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

**Consultation des documents :**  
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents  
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

**Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01**

**Heures d'ouverture :**  
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

---

<b>Directrice de la publication</b>	Chantal Cases
<b>Rédactrice en chef</b>	Marie-Odile Safon
<b>Rédactrices adjointes</b>	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
<b>Diffusion</b>	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---



