

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

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé


Mai - Juin - Juillet 2008

■ Service Documentation



## ► Présentation

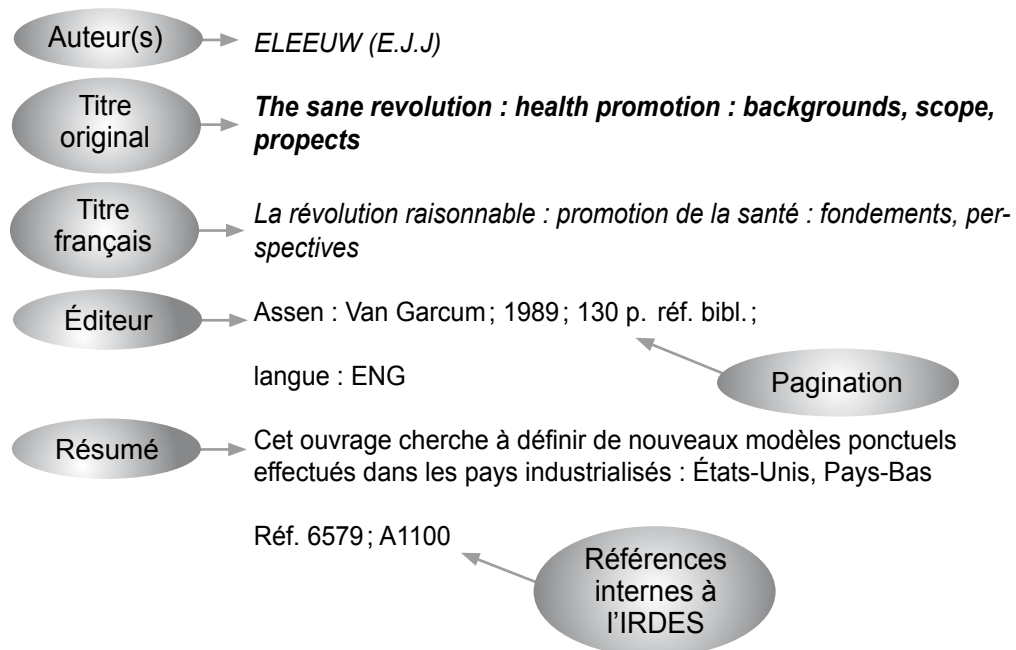
- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque 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

Effcience.....	17
Études d'ensemble.....	17
Participation des usagers.....	18
Planification sanitaire.....	19
Réformes.....	19

### 20 PROTECTION SOCIALE

Couverture sociale.....	20
Données d'ensemble.....	20
Épargne retraite.....	20
Financement.....	20
Politique sociale.....	21
Prestations en espèces.....	22
Retraite.....	22
Revenu de solidarité active.....	23
Sondage.....	24

### 24 PRÉVENTION DE LA SANTÉ

Activité physique.....	24
Alcoolisme.....	24
Asthme.....	25
Baromètre santé.....	25
Cancer.....	25
Éducation de la santé.....	26
Maladies chroniques.....	26
Santé environnementale.....	26
Synthèse des connaissances.....	28
Tabagisme.....	28
Violences conjugales.....	29

### 29 DÉPENSES DE SANTÉ

Analyses temporelles.....	29
Coût de l'hospitalisation.....	30
Financement des soins.....	30
Maîtrise des dépenses.....	32
Soins dentaires.....	32

### 33 INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme.....	33
Cancers.....	34
Maladies cardiovasculaires.....	35
Maladies respiratoires.....	35
Obésité.....	36
Santé bucco-dentaire.....	36
Santé et cycle de vie.....	36
Travail et santé.....	37
Viellissement et santé.....	39

### 39 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	39
Emploi de seniors.....	40
Filière de soins.....	40
Soins de longue durée.....	41

### 41 GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

Adolescence.....	41
Enfance.....	42
Exclu.....	43
Illétrisme.....	43
Inégalités de santé.....	44
Inégalités sociales.....	45
Populations défavorisées.....	46
Toxicomanie.....	47

## 47 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Décentralisation .....	47
Disparités régionales.....	47
Effets contextuels.....	48
Île-de-France.....	49
Planification.....	49
Politique gérontologique.....	49
Politique de la ville .....	50

## 50 MÉDECINE LIBÉRALE

Filière de soins .....	50
Permanence de soins .....	51
Pratique médicale .....	51
Sondages.....	52

## 52 HÔPITAL

Chirurgie.....	52
Études d'ensemble.....	53
Hospitalisation à domicile.....	53
Maladies cardiovasculaires.....	53
Performance.....	54
Politique hospitalière.....	54
Qualité des soins.....	55
Soins infirmiers.....	55
Temps d'attente.....	56

## 56 PROFESSIONS DE SANTÉ

Études médicales.....	56
Formation professionnelle.....	57
Transfert de compétences .....	57

## 58 MÉDICAMENTS

Automédication .....	58
Données d'ensemble .....	58
Dossier pharmaceutique .....	59
Médicaments antibiotiques.....	59
Médicaments orphelins .....	59
Médicaments psychotropes .....	60
Politique du médicament.....	61
Prix.....	62
Recherche pharmaceutique.....	62
Régulation.....	63

## 64 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Innovations technologiques.....	64
Traçabilité.....	65
Systèmes d'information.....	65

## 65 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne .....	65
Arménie.....	66
Croatie.....	66
Canada.....	66
Danemark.....	68
États-Unis.....	68
Europe orientale.....	71
Monde .....	71
Norvège.....	72
Portugal.....	73
Royaume-Uni .....	73

## 74 PRÉVISION - ÉVALUATION

Performance.....	74
Recommandations .....	74

## 74 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Assurance maladie.....	74
Consommation de drogues.....	76
Économie de la santé.....	76
Indicateurs de santé.....	76
Morbidité ressentie.....	77
Sas .....	77
Statistique .....	77

## 78 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Conditions de vie.....	78
Familles monoparentales.....	78

## 79 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Économie publique.....	79
Emploi .....	79
Politique économique.....	81

## 81 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Analyse des besoins .....	81
Dictionnaires .....	82
Ntic .....	82
Presse .....	83
Recherche documentaire .....	83
Recueil de données .....	83
Sources d'information .....	83

## — AUTRES RUBRIQUES —

Index des auteurs .....	87
Carnet d'adresses des éditeurs .....	97



## ► Références bibliographiques





## ► Efficience

36912

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
CARCILLO (S.), GUNNANSSON (V.),  
VERHOEVEN (M.)

International Monetary Fund. (I.M.F.). Fiscal  
Affairs Department. Washington DC. USA

***Education and Health in G7 Countries :  
Achieving Better Outcomes with Less Spending.***

*Education et santé dans les pays du G7 :  
Améliorer les résultats en santé en dépensant  
moins.*

IMF Working paper ; n° 07-263.

Washington : IMF : 2007/11 : 52p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/  
wp07263.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07263.pdf)

Enhancing the efficiency of education and health spending is a key policy challenge in G7 countries. The paper assesses this efficiency and seeks to establish a link between differences in efficiency across countries and policy and institutional factors. The findings suggest that reforms aimed at increasing efficiency need to take into account the nature and causes of inefficiencies. Inefficiencies in G7 countries mostly reflect lack of cost effectiveness in acquiring real resources, such as teachers and pharmaceuticals. We also find that high wage spending is associated with lower efficiency. In addition, lowering student-teacher ratios is associated with reduced efficiency in the education sector, while immunizations and doctors' consultations coincide with higher efficiency in the health sector. Greater autonomy for schools seems to raise efficiency in secondary education.

37500

OUVRAGE  
COELLI (T.J.), PRASADA RAO (D.S.),  
O'DONNELL (C.J.), BATTESE (G.E.)

***An introduction to efficiency and productivity analysis.***

*An introduction à l'analyse de l'efficience et de  
la productivité.*

New York : Springer Verlag : 2005 :  
17p.+349p., tabl., index

Cote Irdes : A3684

[http://www.springer.com/economics/  
econometrics/book/978-0-387-24265-1](http://www.springer.com/economics/econometrics/book/978-0-387-24265-1)

The second edition of *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis* is designed to be a general introduction for those who wish to study efficiency and productivity analysis. The book provides an accessible, well-written introduction to the four principal methods involved: econometric estimation of average response models; index numbers, data envelopment analysis (DEA); and stochastic frontier analysis (SFA). For each method, a detailed introduction to the basic concepts is presented, numerical examples are provided, and some of the more important extensions to the basic methods are discussed. Of special interest is the systematic use of detailed empirical applications using real-world data throughout the book. In recent years, there have been a number of excellent advance-level books published on performance measurement. This book, however, is the first systematic survey of performance measurement with the express purpose of introducing the field to a wide audience of students, researchers, and practitioners. Indeed, the 2nd Edition maintains its uniqueness: (1) It is a well-written introduction to the field. (2) It outlines, discusses and compares the four principal methods for efficiency and productivity analysis in a well-motivated presentation. (3) It provides detailed advice on computer programs that can be used to implement these performance measurement methods. The book contains computer instructions and output listings for the SHAZAM, LIMDEP, TFPIP, DEAP and FRONTIER computer programs. More extensive listings of data and computer instruction files are available on the book's website: ([www.uq.edu.au/economics/cepa/crob2005](http://www.uq.edu.au/economics/cepa/crob2005)).

## ► Études d'ensemble

37257

OUVRAGE  
HEIDSIECK (E.)

***Il risque de pleuvoir.***

Paris : Editions du Seuil : 2008 : 125p.

Cote Irdes : A3665

[http://www.chapitre.com/CHAPITRE/fr/  
BOOK/heidsieck-emmanuelle/il-risque-de-  
pleuvoir,698885.aspx](http://www.chapitre.com/CHAPITRE/fr/BOOK/heidsieck-emmanuelle/il-risque-de-pleuvoir,698885.aspx)

Lors d'une cérémonie, Antoine Rougemont, la cinquantaine, observe l'assistance. Il y a l'épouse dont il est séparé, il y a quelques amis, et surtout une brochette de dirigeants

haut-placés du Monde des assurances privées. Un monde dont il est désormais tenu à la marge, car il n'a pas gagné l'impitoyable bataille qui se livre chaque jour dans le monde des affaires. On enterre son ex-belle-sœur. Il retrace dans sa tête le parcours des uns et des autres, hésite à se rendre à la réception qui suivra, avec son rituel d'hypocrisies. Il anticipe un futur tout tracé : celui d'une Sécurité sociale privatisée où l'assuré doit rendre des comptes, tous les comptes, afin d'être prévisible et calculable.

37258

OUVRAGE

GIET (R.)

MARSEILLE (J.) / préf.

***Faut-il sauver la Sécurité sociale ?***

Coulommiers : Editions Dualpha : 2007 : 171p.

Cote Irdes : A3666

<http://livre.fnac.com/a2200784/Regis-Giet-Faut-il-sauver-la-securite-sociale>

La Sécu est malade depuis plus de 30 ans, et les gouvernements qui se succèdent proposent chaque fois la réforme de la dernière chance. La réforme de 2004 n'échappe pas à la règle. Elle devait permettre l'équilibre des comptes en 2007, mais le déficit se creuse chaque année d'environ 10 milliards d'euros. Et comme toujours, chacun a son idée pour sauver la Sécu : augmenter les cotisations, taxer les riches, demander aux médecins et aux assurés d'être raisonnables, créer des franchises, etc. La Sécu ne peut pas être réformée, car ses fondamentaux sont viciés. Créée à la Libération pour rembourser les soins tels qu'ils existaient en 1945, elle est restée la bonne fée qui rembourse tout et n'importe quoi. C'est un payeur aveugle, qui ne se soucie ni de l'organisation des soins, ni de leur utilité, ni de leur coût. Ainsi va le déficit, payé par l'emprunt qui anesthésie et rend euphorique. Mais le réveil sera dur pour nos enfants et petits-enfants qui devront payer les soins qu'ils n'auront pas eux-mêmes consommés. Comprendre pourquoi le système ne peut pas être réformé, c'est le premier pas vers la rupture. Malgré l'acharnement thérapeutique, la Sécu ne survivra pas. Il est temps de nous réveiller pour imaginer un nouveau système, une autre solidarité, basée sur des fondamentaux plus sains. On peut certainement se soigner mieux pour bien moins cher. Comme le souligne Jacques Marseille dans sa préface : « C'est en sapant les bastilles qu'elles finissent par s'effondrer. Et dans ce travail de sape, l'ouvrage

du docteur Giet apporte une nouvelle et rugueuse contribution ».

37502

OUVRAGE

FANTIMO (B.), ROPERT (G.)

***Le système de santé en France : diagnostic et propositions.***

Paris : Dunod : 2008 : 359p., index

Cote Irdes : A3686

Les Français apprécient autant leurs professionnels de santé que leur « Sécu », qui assure la prise en charge de l'ensemble de leurs dépenses dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire et publique. Les premiers comme les seconds mesurent cependant mieux le prix de la santé que son coût. La montée des déficits publics est pourtant si prégnante qu'elle n'autorise plus de simples ajustements séquentiels en forme de « plans de redressement des comptes ». Cet ouvrage démontre qu'il est encore possible de concilier progrès médical et social à condition qu'une profonde volonté réformatrice anime tous les acteurs afin de faire émerger progressivement un nouveau système de santé. Cette émergence suppose avant tout un véritable pilotage, exercé par un État stratège et courageux, s'appuyant sur une gouvernance déconcentrée régionale. Grâce à un panier de biens et de services définissant les périmètres et les modalités de prise en charge, à l'intérieur de centres de décision tantôt régaliens tantôt contractuels, mais comprenant à la fois des leviers et des sanctions, les opérateurs publics et privés pourront alors agir dans le cadre d'une assurance santé cohérente. Les auteurs, un médecin et un responsable administratif, souhaitent au travers de cet ouvrage contribuer à cette démarche : d'où un diagnostic sans complaisance mais aussi de nombreuses propositions fondées sur des expériences professionnelles complémentaires.

## ► Participation des usagers

37529

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

ALBESON (J.), GAUVIN (F.P.)

McMaster University. Center for Health

Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).

Hamilton. CAN

***Assessing the Impacts of Public Participation: Concepts, Evidence and Policy Implications.***

Chepa working paper series ; 08-01  
Hamilton : McMaster University : 2008 : 46p.,  
fig., tabl., ann.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+08-01.pdf&tabid=130&mid=450>

The expansion of ordinary citizens' roles in a variety of policy and decision-making processes has created a pressing need to draw out the lessons from accumulated work in the field of public engagement to inform the design and evaluation of new public engagement processes. In particular, the effects of these roles on decision processes and outcomes, and on the citizens themselves, warrant scrutiny. These questions are increasingly relevant to health policy makers and health system managers working in local, provincial and national or pan-Canadian settings to find meaningful and effective ways to involve citizens in their decision-making processes. In this paper, we explore what is known about the extent to which the goals of public participation in policy have been met. The current state of knowledge about the impact of public participation on policy and civic literacy is reviewed along with the conceptual and methodological approaches to evaluation and their associated challenges. The published (English and French) empirical public participation evaluation literature is also reviewed and reflections from key informant interviews with policy makers and public participation practitioners are shared. The limits to evaluation and its uptake are discussed and strategies for advancing the practice and methods of public participation evaluation are outlined.

## Planification sanitaire

37539

RAPPORT, INTERNET  
ETTELT (S.) , NOLTE (E.) , THOMSON (S.) ,  
MAYS (N.)  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Brussels. BEL ,  
Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### ***Capacity planning in health care. A review of the international experience.***

*Planification des capacités en matière de soins de santé: revue de l'expérience internationale.*

Copenhague : Organisation mondiale de la

santé, Bureau régional de l'Europe : 2007 :  
62p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91193.pdf>

Cette publication analyse la stratégie adoptée dans neuf pays pour la planification des capacités, une composante essentielle de la gouvernance des soins de santé.

## Réformes

37634

OUVRAGE  
PALIER (B.)

### ***La réforme des systèmes de santé.***

Paris : Presses Universitaires de France :  
2008 : 128p.

Cote Irdes : A3698

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/9782130562184/livre-la-reforme-des-systemes-de-sante.php>

Franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail... Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (Etats-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

## ► Couverture sociale

34857

DOCUMENT DE TRAVAIL  
LANG (K.) , KANG (L.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### **Worker sorting, taxes and health insurance coverage.**

NBER Working Paper Series ; n° 13066  
Cambridge : NBER : 2007/05 : 35p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w13066>

We develop a model in which firms hire heterogeneous workers but must offer all workers insurance benefits under similar terms. In equilibrium, some firms offer free health insurance, some require an employee premium payment and some do not offer insurance. Making the employee contribution pre-tax lowers the cost to workers of a given employee premium and encourages more firms to charge. This increases the offer rate, lowers the take-up rate, increases (decreases) coverage among high (low) demand groups, with an indeterminate overall effect. We test the model using the expansion of section 125 plans between 1987 and 1996. The results are generally supportive.

## ► Données d'ensemble

37519

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

### **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2008.**

<http://www.securite-sociale.fr> : : 22p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres\\_cles/2007\\_chiffres\\_cles.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/2007_chiffres_cles.pdf)

Mis en ligne sur le portail de la Sécurité sociale, ce petit document réalisé par les ministères du Travail, de la Santé et du Budget, rassemble les principaux chiffres clés de la Sécu portant sur l'année 2006. De nombreux tableaux montrent l'évolution sur de nombreuses années des recettes (structures, évolution des cotisations), des chiffres par branches (évolution de la structure de financement, dépenses,

structure des prestations, évolution du solde de la branche, comparaison internationale), des équilibres financiers, des performances du service public de la Sécu. Les organigrammes institutionnels sont disponibles en fin de document.

## ► Épargne retraite

37720

RAPPORT , INTERNET  
MARINI (P.)  
Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA

### **Rapport d'information sur l'épargne retraite.**

Paris : Sénat : 2008 : 67p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r07-308/r07-3081.pdf>

Depuis 2003, la France a mis en place, avec du retard par rapport à ses principaux voisins européens, un cadre législatif permettant l'accès de tous les citoyens à un dispositif complet d'épargne retraite. Compte tenu des modifications législatives et réglementaires intervenues depuis septembre 2006 dans le domaine de l'épargne retraite, un premier suivi des propositions formulées il y a près de deux ans est apparu nécessaire. Tel est l'objet du présent rapport d'information, qui trouvera son prolongement dans le dépôt d'une proposition de loi visant à un toilettage de la législation pour réaffirmer ou compléter certaines recommandations, formulées à l'automne 2006, et qui restent à mettre en oeuvre.

## ► Financement

36895

RAPPORT , FASCICULE  
DUTHILLEUL (A.)  
Conseil Economique et Social. (C.E.S.). Paris. FRA

### **Le financement de la protection sociale : projet d'avis.**

Paris : CES : 2007 : 53p., 8 tabl., 3 graph., 1 fig.

Cote Irdes : B6359

Le Conseil économique et social a adopté le 19 décembre, en séance plénière, le rapport d'Anne Duthilleul sur le financement de la protection sociale par 106 voix (entreprises privées, artisanat, professions libérales) contre

64 (syndicats), les associations s'étant abstenues (28 voix). Un amendement modifiant sensiblement le texte a été proposé afin d'obtenir un vote plus consensuel mais il n'a pas été retenu. L'avis adopté propose donc une hausse de 0,25 % de la CRDS pour apurer les dettes sociales et une réduction immédiate de 3 à 4 points de cotisations employeurs et non salariés maladie, compensées sur une assiette fiscale pour créer un « choc de compétitivité favorable à la croissance et l'emploi ». De nouvelles recettes fiscales telles une « taxe sur le carbone fossile » remplaceraient ces cotisations supprimées. La hausse de CRDS serait compensée pour les salariés par le transfert sur la CSG des derniers « 0,75 % de cotisation maladie ». Le CES critique par ailleurs la TVA sociale jugée inflationniste.

37354

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
DELOACH (S.B.), PLATANIA (J.M.)  
Elon University. Department of Economics.  
Elon. USA

***The Macroeconomic Consequences of Financing Health Insurance.***

*Les conséquences macroéconomiques du financement de l'assurance maladie.*

Working Paper 2008-04

Elon : Elon University : 2008 : 27p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://org.elon.edu/econ/WPS/wp2008-04.pdf>

Employer-financed health insurance systems, like that used in the United States, distort firms' labor demand and adversely affect the economy. Since such costs vary with employment rather than hours worked, firms have an incentive to increase output by increasing worker hours rather than employment. Given that the returns to employment exceed the returns to hours worked, this results in lower levels of employment and output. In this paper we construct a heterogeneous agent general equilibrium model where individuals differ with respect to their productivity and employment opportunities. Calibrating the model to the U.S. economy, we generate steady state results for several alternative models for financing health insurance: one in which health insurance is financed primarily through employer contributions that vary with employment; a second where insurance is funded through a non-distortionary, lump-sum tax; and a third where insurance is funded by a payroll tax. We measure the effects of each of the alternatives on output, employment, hours worked and inequality.

## ► Politique sociale

37271

OUVRAGE  
STROBEL (P.)

***Penser les politiques sociales. Contre les inégalités : le principe de la solidarité.***

La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube : 2007 : 254p.

Cote Irdes : A3669

Ce recueil d'articles commentés de Pierre Strobel (1948-2006) constitue un hommage au grand spécialiste des politiques sociales. Les articles réunis ici, publiés entre 1990 et 2006, soulignent les apports des sciences humaines à la compréhension des questions sociales au sein de quatre thématiques : usagers et services publics, pauvreté et exclusion, politiques familiales, Europe et protection sociale.

37659

OUVRAGE  
ROCHE (F.) / prés.  
Ministère du Travail -des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction Générale de l'Action Sociale. (D.G.A.S.). Conseil Supérieur du Travail Social. (C.S.T.S.). Paris. FRA

***Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social.***

Rennes : ENSP : 2007 : 116p., tabl.

Cote Irdes : A3706

Dans sa 5e mandature, le Conseil supérieur en travail social a été chargé de réfléchir aux questions posées par les fonctionnements séparés du secteur social et médicosocial et du secteur sanitaire, ainsi que par le cloisonnement entre leurs institutions et leurs professionnels, qui nuisent à la prise en charge globale des personnes et à la continuité des interventions (voir le mandat supra). Le groupe de travail s'est saisi de ces questions. Il a par exemple examiné en quoi le dispositif sanitaire, social et médicosocial — notamment les travailleurs sociaux — participe à la politique de santé et en quoi celle-ci interagit avec les politiques d'action sociale. Il a étudié comment les professionnels du social et du sanitaire prennent en compte les problématiques des populations avec lesquelles ils travaillent, dans la singularité de chaque personne et dans la diversité des composantes de chaque situation sanitaire et sociale. Le présent rapport est le résultat de cette réflexion et se compose de trois parties : la première traite

des concepts employés et des réflexions suscitées par le mandat ; la seconde étudie des expériences et innovations récentes et en cours ; la troisième expose des recommandations, en termes d'orientations préconisées ou de propositions concrètes.

## ▮ Prestations en espèces

37450

RAPPORT

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

### ***Avis sur les prestations en espèces - hors maternité et accidents du travail.***

Paris : HCAAM : 2008/02 : 9p., tabl.

Cote Irdes : B6432

<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm>

Cet avis sur les prestations en espèces hors maternité et accident du travail, adopté à l'unanimité sauf 2 abstentions, souligne les enjeux : les dépenses sont importantes ; la politique à mener doit être centrée sur la prévention des arrêts maladie et l'amélioration des prises en charge en vue (et lors) du retour au travail ; la protection des travailleurs est inégale notamment du fait des écarts dans la diffusion de la protection complémentaire et de la qualité des garanties qu'elle assure ; l'invalidité, risque pourtant de longue durée, est moins bien prise en compte que les arrêts maladie de courte durée. Pour améliorer le système de prise en charge, le Haut Conseil préconise un redéploiement des prestations en espèces à enveloppe constante. Parmi les pistes de réforme, l'avis propose d'étudier un lissage modéré du taux de remplacement de la protection légale, au-delà de la phase des franchises, afin de mieux indemniser le risque lourd (arrêts de longue durée), et la suppression du régime fiscal préférentiel des IJ des assurés en longue maladie, ce qui générerait d'importantes plus-values en recettes fiscales. Ces plus-values devraient être recyclées pour gager les améliorations envisagées (dessalement des conditions d'accès, amélioration du taux de remplacement dans les arrêts de longue durée, augmentation de l'IJ minimale...). Le Haut Conseil suggère également de remettre en cause l'abattement sur le revenu d'activité auquel on procède au sixième mois d'IJ pour le calcul de l'aide au logement et évoque très prudemment, en raison de l'opposition du patronat, un « basculement de l'indemnisation des premières semaines d'arrêts maladie sur l'employeur », à l'instar des pays voisins,

où la Sécurité sociale n'intervient que sur les arrêts longs. En contrepartie, les charges de Sécurité sociale seraient diminuées. Une option, qui selon le Conseil, aurait pour avantage de sensibiliser les employeurs à une meilleure politique de prévention et à une meilleure prise en compte des contraintes familiales. Concernant les pensions d'invalidité, seule une minorité des pensionnés – pour l'essentiel en catégorie 1 – ont une activité professionnelle, constate l'avis. L'action prioritaire à mener est de faciliter la reprise du travail. Le Haut Conseil recommande qu'on examine si les règles d'intéressement – qui diffèrent de celles, récemment améliorées, mises en œuvre dans d'autres législations – sont suffisamment attractives. S'agissant des ressources des pensionnés, la priorité est de pousser à l'amélioration de la prévoyance en entreprise dont on sait qu'elle est inégalement répartie. Sont également préconisés un examen critique des conditions actuelles d'activité préalable, jugées trop sévères et qui forment une barrière d'entrée discutable pour l'invalidité, et un desserrement progressif du plafond de ressources parallèlement à une augmentation du montant de la pension minimale. Enfin, la situation des pensionnés en matière de couverture maladie mérite réflexion.

## ▮ Retraite

36651

DOCUMENT DE TRAVAIL

BLOOM (D.E.) , CANNING (D.) , MOORE (M.)

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

### ***A theory of retirement.***

*Une théorie de la retraite.*

NBER Working Paper Series ; n° 13630

Cambridge : NBER : 2007/11 : 39p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w13630>

We construct a life-cycle 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, increases both the optimal consumption level and the proportion of life spent in leisure. The retirement age increases proportionally less than the increase in life expectancy.

36968

FASCICULE

GUEGANO (Y.)

AGHION (P.) / rapp., CETTE (G.) / rapp.,  
COHEN (E.) / rapp., PISANI-FERREY (J.) /  
rapp.

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.).  
Paris. FRA

**Projection à long terme du système de retraite et mode d'indexation des pensions.**

Les leviers de la croissance française.

RAPPORT DU CONSEIL D'ANALYSE  
ECONOMIQUE : 2007 : N° 117 : 127-144,  
tabl.

Cote Irdes : P117

<http://www.cae.gouv.fr/rapports/072.htm>

Cette annexe au rapport : «les leviers de la croissance» reprend les nouvelles projections à long terme du système de retraite français présentées par le Conseil d'orientation des retraites dans son troisième rapport annuel (Retraites : perspectives 2020-2050, mars 2006). La méthode d'ensemble des projections est la même qu'en 2001, même si les outils de projection utilisés par les régimes ont évolué avec la mise au point de nouveaux modèles pour le régime général et la fonction publique. Des projections économiques à l'horizon 2050 ont été demandées à la Direction générale du trésor et de la politique économique (DGTPE) du Ministère de l'économie et des finances et à l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE).

37074

FASCICULE

Commission Européenne. (C.E.). Direction  
Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales  
et de l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL,  
Hewitt Associates. Lincolnshire ILL. USA

**Quantitative overview on supplementary pension provision : final report.**

Aperçu quantitatif sur la provision des  
pensions complémentaires : rapport final.

Bruxelles : Communauté européenne :  
2007/11 : 232p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6392

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/  
docs/social\\_protection/2007/ec\\_report\\_final\\_  
nov\\_2007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/2007/ec_report_final_nov_2007_en.pdf)

Cette étude réalisée par Hewitt Associates analyse les règles des régimes de pension complémentaire dans les principaux organismes de neuf États membres. Elle décrit les pratiques communes en matière d'acqui-

tion, de préservation et de transfert des droits à pension complémentaire. L'étude révèle notamment que de nombreux systèmes ne prévoient aucune période d'acquisition – délai avant qu'un travailleur puisse commencer à accumuler des droits à pension – bien que 32 % des régimes à prestations définies exigent encore qu'un travailleur cotise pendant plus de deux ans pour acquérir un droit à une pension de retraite. L'étude montre également qu'un quart des régimes de ce type ne permet aucune réévaluation des droits dormants lors d'un changement d'emploi. Dans les faits, ces droits sont gelés jusqu'au départ du travailleur à la retraite. Ces résultats montrent clairement la nécessité d'une directive afin de définir des exigences minimales pour améliorer l'accès des travailleurs mobiles aux droits à pension complémentaire, et de protéger ces droits pendant la période entre le moment où un salarié quitte un employeur et celui où il part à la retraite. Les mesures proposées par la Commission dans sa proposition, modifiée en octobre 2007 et précisée sous la Présidence portugaise, peuvent être considérées comme une réponse proportionnée au problème et un pas important en vue de faire tomber, dans toute l'Union, les barrières à la mobilité créées par certains régimes de pension complémentaire. L'étude est basée sur les résultats d'une enquête spécifique sur les pratiques supplémentaires faisant appel aux principales organisations en Europe. Près de 1 700 organisations furent invitées directement à participer à cette enquête. En vue d'élargir le champ d'application du pays de l'analyse spécifique et d'offrir un aperçu plus large sur les pratiques du marché, en particulier sur les questions relatives à la Directive sur la Portabilité, comme l'acquisition et la préservation des droits à pensions complémentaire.

## ► Revenu de solidarité active

37614

RAPPORT, INTERNET

HIRSCH (M.)

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

**Livre vert : vers un revenu de Solidarité active.**

Paris : Haut commissaire aux Solidarités  
actives contre la pauvreté : 2008 : 62p.

Cote Irdes : En ligne

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/  
BRP/084000138/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000138/0000.pdf)

Le RSA est une prestation sociale qui d'une part remplace le RMI, l'API et, le cas échéant, d'autres minima sociaux, en l'absence de revenus d'activité, et d'autre part complète les revenus d'activité en fonction de la composition de la famille quand un ou plusieurs membres de la famille travaillent, en remplaçant la prime pour l'emploi. Le haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté a été chargé par le Président de la République et le Premier ministre de mettre en oeuvre cette réforme. Ouvert à la consultation publique, le livre vert décrit la portée, les objectifs et les modalités de la réforme du RSA proposée en présentant les principales options susceptibles d'être mises en oeuvre.

## ► Sondage

37382

RAPPORT, INTERNET  
LOONES (A.)  
Centre de Recherche pour l'Etude et  
l'Observation des Conditions de vie.  
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA  
Centre Technique des Institutions de  
Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

***L'opinion des salariés et des employeurs sur  
la complémentaire santé et son évolution  
dans le cadre des réformes de l'assurance  
maladie. Synthèse des résultats.***

Paris : Credoc : 2008 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/409C\\_2.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/409C_2.pdf)

En 2004 et fin 2005, le CTIP avait confié au Crédoc des enquêtes auprès d'un échantillon de 1 000 français, afin de connaître son niveau d'information et son opinion sur la réforme de l'assurance maladie. Fin 2007, dans la perspective des réflexions en cours (répartition régime obligatoire et complémentaire santé, bouclier sanitaire ...), le CTIP a souhaité réaliser une étude auprès des salariés du privé et des employeurs. L'objectif de ce nouveau sondage a été de recueillir leur opinion sur la complémentaire santé selon les différentes pistes évoquées pour faire évoluer le système d'assurance maladie dans les années à venir. Sujet d'actualité lié au thème de la santé et à celui de la protection sociale complémentaire, la prise en charge de la dépendance a été intégrée à cette étude. Le questionnaire destiné aux salariés est très proche de celui adressé aux employeurs. Il comprend trois parties : la complémentaire santé, l'évolution du système

d'assurance maladie et la prise en charge de la dépendance.

## PRÉVENTION DE LA SANTÉ

### ► Activité physique

37611

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

***Activité physique : contextes et effets sur la  
santé.***

Paris : INSERM : 2008 : 811p., tabl., fig.,  
annexes

Cote Irdes : A3700

[http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique\\_synthese.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique_synthese.pdf)

Le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative a sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective, à partir des connaissances scientifiques et médicales, concernant les effets sur la santé de l'activité physique et sportive en termes de bénéfices et de risques. Le dopage qui constitue un domaine d'investigation en tant que tel est exclu du cadre de l'expertise. La synthèse et les recommandations de cet ouvrage font l'objet d'un autre volume.

### ► Alcoolisme

36908

FASCICULE  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Genève. CHE, World Health Organization.  
(W.H.O.). Geneva. CHE

***Comité OMS d'experts sur les problèmes relatifs à la consommation d'alcool : deuxième rapport.***

Genève : OMS : 2007 : 57p., tabl.

Cote Irdes : c, P54/4

Ce rapport présente les recommandations d'un groupe international d'experts rassemblé par l'Organisation mondiale de la santé relatives à la consommation d'alcool, son impact sur l'état de santé des individus, et ses conséquences économiques et sociales.



## ▮ Asthme

37359

RAPPORT , INTERNET  
National Heart Lung and Blood Institute  
Information Center. (N.H.L.B.I.). Bethesda.  
USA

### **Global Strategy for Asthma Management and Prevention : Global Initiative for Asthma (GINA).**

*Le fardeau de l'asthme : développé pour le projet «Global Initiative for Asthma» (GINA).*

Bethesda : NHLBI : 2007 : 114p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?i1=2&i2=1&intId=60>

Le programme « Global Initiative for Asthma » a été lancé en 1989 sous l'égide du National Heart Lung and Blood Institute, du National Institute of Health et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce rapport 2007 actualise le premier rapport publié en 2004. Il rassemble des données épidémiologiques sur l'asthme obtenues à partir des enquêtes ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) et ECRHS (European Community Respiratory Health Survey) réalisées dans 20 régions du monde, et présente une stratégie de prévention.

## ▮ Baromètre santé

37817

RAPPORT  
GUILBERT (P.) / dir. , GAUTIER (A.) / dir. ,  
LAMOUREUX (P.) / préf. , BECK (F.)  
Institut National de Prévention et d'Éducation  
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

### **Baromètre santé 2005.**

Saint-Denis : INPES : 2008 : 593p., tabl.,  
graph., fig.

Cote Irdes : Ac3411bis

Le Baromètre santé 2005 s'adresse à tous les acteurs et décideurs de santé publique qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur la santé de la population, telle que celle-ci la déclare et la perçoit. Il décrit les comportements, attitudes, connaissances et opinions des 12-75 ans en matière de santé. Au total, ce sont 30 514 personnes qui ont répondu à un questionnaire multithématique. Sont présentés ici les premiers résultats de l'enquête et les évolutions depuis cinq ans. Les douze chapitres de l'ouvrage abordent la consumma-

tion de tabac, d'alcool et de cannabis, l'activité physique, la vaccination, le dépistage des cancers..., permettant une meilleure appréhension des déterminants de santé. Les analyses portent également sur les indicateurs de santé comme la qualité de vie mais aussi les violences subies ou la dépression.

## ▮ Cancer

37052

OUVRAGE, INTERNET  
COLEMAN (M.P.) /éd. , ALEXE (D.M.) / éd. ,  
ALBREHT (T.) , MCKEE (M.) / éd.  
European Observatory on Health Systems  
and Policies. Bruxelles. BEL, Institute of  
Public Health of the Republic of Slovenia.  
Ljubljana. SLO

### **Responding to the challenge of cancer in Europe.**

*Répondre au défi du cancer en Europe.*

Bruxelles : European Observatory on Health  
Systems and Policies ; Ljubljana : Institute  
of Public Health of the Republic of Slovenia :  
2008 : 327p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91137.pdf>

At present, with more than 3 million new cases and 1.7 million deaths each year, cancer represents the second most important cause of death and morbidity in Europe. Without effective interventions, the cancer burden will increase dramatically. However, comprehensive cancer prevention and control policies can bring significant benefits. For these reasons, Slovenia decided to focus on cancer as the key public health priority during its Presidency of the Council of the European Union in the first half of 2008. A key step was to review the current status of cancer control in the EU in order to produce policy recommendations for those concerned with the prevention, management and palliation of cancer. This book is the result. It has been produced as a collaboration between internationally recognized public health institutes in the EU, under the umbrella Fighting Against Cancer Today (FACT). The book provides an overview of the epidemiology of cancer, including a discussion of the major risk factors. Comprehensive cancer plans are discussed as an approach to cancer control. Contributors examine the current status and plausible future developments for cancer screening in the EU; drug discovery, evaluation and deployment; the role of psychosocial oncology; and the provision of palliative

care. Current patterns of cancer survival and the challenges facing cancer researchers in Europe today are examined. Three case-studies are provided. One focuses on changes in the clinical management of cancer, using the example of colorectal cancer in France. Two broader descriptions of cancer control evoke the current situation, recent achievements and continuing challenges in eastern Europe and in Slovenia.

## ► Éducation de la santé

36402

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis La Plaine. FRA , Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

### ***Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.***

St Denis La Plaine : HAS : 2007/06 : 103p., fig., annexes

Cote Irdes : B6267

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_pdf.pdf)

Ce guide méthodologique a pour but de définir l'éducation thérapeutique du patient (ETP), ses finalités, son organisation ; de décrire la démarche d'ETP, le contenu de ses étapes ; de proposer une structuration de programme d'ETP ; de proposer une évaluation du processus d'ETP et une réflexion pour évaluer l'efficacité de l'ETP.

## ► Maladies chroniques

37445

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
SASSI (F.) , HURST (J.)

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

### ***The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an Economic Framework.***

*Prévention des maladies chroniques liées au mode de vie : un cadre économique*

OECD Health Working Papers ; 32

Paris : OCDE : 2008 : 74p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/57/14/40324263.pdf>

Le présent rapport appréhende dans une optique économique la question de la prévention des maladies chroniques, en mettant tout particulièrement l'accent sur celles qui sont associées au mode de vie. Le cadre économique proposé repose essentiellement sur l'hypothèse selon laquelle la prévention des maladies chroniques peut permettre d'améliorer le bien-être social ou d'accroître l'équité face à la santé, ou les deux, par rapport à une situation dans laquelle ces maladies sont simplement traitées lorsqu'elles se déclarent. Pour vérifier cette hypothèse, il faut accomplir plusieurs tâches d'ordre conceptuel et méthodologique. Il est nécessaire de cerner le processus qui aboutit à l'apparition des maladies chroniques, ainsi que les moyens susceptibles d'infléchir ce processus. Pour définir l'action à mener dans ce sens, il faut examiner si les déterminants de ces maladies sont simplement issus de la dynamique d'un marché efficient ou s'ils découlent d'une défaillance du marché et d'un défaut de rationalité qui empêchent les individus d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Lorsqu'il y a défaillance, il est nécessaire de définir les mesures préventives qui pourraient être prises, mesures dont l'impact attendu sur les choix individuels doit être proportionnel à l'ampleur de cette défaillance et à la gravité des effets qu'elle produit. Il conviendrait d'examiner si ces mesures auront une incidence positive sur le bien-être social et l'équité face à la santé en effectuant une évaluation approfondie à l'aide de données concrètes avant leur application.

## ► Santé environnementale

37259

RAPPORT

COHEN (J.C.), MOUTOU (F.), RODHAIN (F.) et al.

VERGES (P.) / Préf.

Observatoire National sur les Effets du Rechauffement Climatique. (O.N.E.R.C.). Paris. FRA

### ***Changements climatiques et risques sanitaires en France : rapport au Premier ministre et au Parlement.***

Paris : La documentation française : 2007 : 206p., tab., graph., phot.

Cote Irdes : A3667

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110067357/>

Depuis son dernier rapport, l'Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique présente, chiffres à l'appui, les éléments nouveaux qui révèlent une intensification des phénomènes de dégradation ou l'amplification des épisodes cataclysmiques. Le groupe de travail donne ensuite une évaluation - parmi les conséquences possibles du changement climatique - de ses effets sur la santé humaine, en France métropolitaine et d'outre-mer. Cet ouvrage est le compte rendu des échanges qui se sont déroulés lors du séminaire : « Changement climatique et santé humaine en France métropolitaine et outre-mer » (Paris, mars 2006), et auquel ont contribué certains des chercheurs et des responsables français les plus éminents, retranscrits à l'intention des pouvoirs publics et de l'opinion publique

37505

OUVRAGE  
DAB (W.)

**Santé et environnement.**

Paris : Presses Universitaires de France :  
2007 : 128p.

Cote Irdes : A3689

Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et favorable à sa santé, énonce l'article premier de notre Charte de l'Environnement. Mais comment mettre en œuvre un tel principe ? Car si l'impact de l'environnement sur la santé est avéré, l'évaluation des conséquences des expositions aux divers facteurs environnementaux n'est pas chose aisée dans le monde de nouveaux risques qui prévaut désormais. Ces risques ne sont pas directement observables. Pour les mesurer, il faut des outils scientifiques spécialisés. Cet ouvrage présente les méthodes qui permettent d'évaluer les risques liés à l'environnement et de les gérer dans un contexte d'incertitude des connaissances. Il montre comment, au-delà des périodes médiatisées de crises sanitaires, une politique de santé environnementale fondée sur une approche rationnelle du principe de précaution est possible et nécessaire.

37586

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

**Protecting health from climate change :  
world health day 2008.**

*Comment protéger la santé des changements  
climatiques : journée de la santé dans le monde  
2008.*

Genève : OMS : 2008 : 34p.

Cote Irdes : En ligne  
[http://www.who.int/world-health-day/toolkit/  
report\\_web.pdf](http://www.who.int/world-health-day/toolkit/report_web.pdf)

This toolkit is intended to help you in planning activities for World Health Day 2008 on the theme "protecting health from climate change." It provides information on how different sectors – including individuals, institutions, organizations, or government agencies involved in public health from the local to international level – can play a role in the celebrations. Although events should be tailored according to the cultural, social and economic conditions in each country, we believe the ideas in this toolkit will stimulate a truly global celebration and will anchor health at the heart of the climate change agenda.

37587

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

**Heat-waves : risks and responses.**

*Vagues de chaleur : risques et réponses.*

Health and Global Environmental Change  
Series ; 2

Copenhague : OMS, Bureau régional de  
l'Europe : 2004 : 120p., tabl., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.euro.who.int/document/E82629.pdf>

High air temperatures can affect human health and lead to additional deaths even under current climatic conditions. Heatwaves occur infrequently in Europe and can significantly affect human health, as witnessed in summer 2003. This report reviews current knowledge about the effects of heat-waves, including the physiological aspects of heat illness and epidemiological studies on excess mortality, and makes recommendations for preventive action. Measures for reducing heat-related mortality and morbidity include heat health warning systems and appropriate urban planning and housing design. More heat health warnings systems need to be implemented in European countries. This requires good coordination between health and meteorological agencies and the development of appropriate targeted advice and intervention measures. More long-term planning is required to alter urban bioclimates and reduce urban heat islands in summer. Appropriate building design should keep indoor temperatures comfortable without using energy-intensive space cooling. As

heat-waves are likely to increase in frequency because of global climate change, the most effective interventions, measures and policies to protect the health of vulnerable Europeans need to be developed and evaluated.

## ► Synthèse des connaissances

37703

OUVRAGE  
BOURDILLON (F.), BRUCKER (G.),  
TABUTEAU (D.)  
KOUCHNER (B.) / préf.

### ***Traité de santé publique.***

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 745p., tabl., index  
Cote Irdes : B6466

Cet ouvrage réalisé par des spécialistes du domaine synthétise toutes les informations disponibles et actualisées sur la santé publique en France. Les thèmes abordés sont regroupés selon les problématiques suivantes : les grands enjeux de santé publique (droits des personnes, qualité des soins, sécurité sanitaire...); état de santé et principales pathologies; questions de société (accidents, addictions, violence...) avec une approche par groupes de population : organisation de la santé publique. Cet ouvrage comprend aussi une définition et un historique de la santé publique en France.

## ► Tabagisme

35067

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

### ***How do workplace smoking laws work ? Quasi-experimental evidence from local laws in Ontario - Canada.***

*Comment fonctionnent les lois anti-tabac sur le  
lieu de travail ? Données quasi-expérimentales  
issues de lois locales de la province de l'Ontario  
- Canada.*

NBER Working Paper Series ; n° 13133  
Cambridge : NBER : 2007/05 : 39p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w13133>

There are very large literatures in public health and economics on the effects of work-

place smoking bans, with most studies relying on cross-sectional variation. We provide new quasi-experimental evidence on the effects of workplace bans by using the differential timing of adoption of over 100 very strong local smoking by-laws in Ontario, Canada over the period 1997-2004. We employ restricted-use repeated cross section geocoded outcome data to estimate reduced form models that control for demographic characteristics, year fixed effects, and county fixed effects. We first show that the effects of the local laws on actual worksite smoking policy (i.e. the «first stage») were not uniform; specifically, local laws were only effective at increasing ban presence among blue collar workers. Among blue collar workers, adoption of a local by-law significantly reduced the fraction of worksites without any smoking restrictions (i.e. where smoking is allowed anywhere at work) by over half. The differential effect of local policies also improved health outcomes: we find that adoption of a local by-law significantly reduced SHS exposure among blue collar workers by 25-30 percent, and we confirm that workplace smoking laws reduce smoking. We find plausibly smaller and insignificant estimates for white collar and sales/service workers -- the vast majority of whom worked in workplaces with privately initiated smoking bans well before local by-laws were adopted. Overall our findings advance the literature by confirming that workplace smoking bans reduce smoking, documenting the underlying mechanisms through which local smoking by-laws improve health outcomes, and showing that the effects of these laws are strongly heterogeneous with respect to occupation.

37087

RAPPORT , INTERNET  
Organisation Mondiale de la Santé.  
(O.M.S.). Copenhague. DNK, World Health  
Organisation. (W.H.O.). Copenhague. DNK

### ***WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 : The MPOWER package***

Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale  
due au tabac, 2008 : le package MPOWER.  
Copenhague : OMS : 2008 :  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)

Tobacco is the single most preventable cause of death in the world today. This year, tobacco will kill more than five million people – more than tuberculosis, HIV/AIDS and malaria combined. By 2030, the death toll will exceed eight

million a year. Unless urgent action is taken tobacco could kill one billion people during this century. Tobacco is the only legal consumer product that can harm everyone exposed to it – and it kills up to half of those who use it as intended. Yet, tobacco use is common throughout the world due to low prices, aggressive and widespread marketing, lack of awareness about its dangers, and inconsistent public policies against its use. Most of tobacco's damage to health does not become evident until years or even decades after the onset of use. So, while tobacco use is rising globally, the epidemic of tobacco-related disease and death has just begun. The WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC, a multilateral treaty with more than 150 Parties, was the first step in the global fight against the tobacco epidemic. This treaty presents a blueprint for countries to reduce both the supply of and the demand for tobacco. The WHO Framework Convention establishes that international law has a vital role in preventing disease and promoting health. To help countries fulfil the promise of the WHO Framework Convention, WHO has established MPOWER, a package of the six most important and effective tobacco control policies: raising taxes and prices, banning advertising, promotion and sponsorship, protecting people from secondhand smoke, warning everyone about the dangers of tobacco, offering help to people who want to quit, and carefully monitoring the epidemic and prevention policies.

## ▮ Violences conjugales

37504

RAPPORT

MARISSAL (J.P.), CHEVALLEY (C.)  
Institut Catholique de Lille. Centre de  
Recherches Economiques - Sociologiques et  
de Gestion. (C.R.E.S.G.E.). Lille. FRA

***Evaluation des répercussions économiques  
des violences conjugales en France.***

Paris : La documentation française : 126p.,  
tabl., fig., ann.

Cote Irdes : A3688

Depuis plusieurs années, la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes constituent un champ d'intervention prioritaire des pouvoirs publics et une préoccupation majeure à l'échelle européenne et internationale. Outre le drame humain qu'elle représente, la violence conjugale fait peser une très lourde charge sur l'économie et, comme dans de très nombreux pays, les conséquen-

ces économiques restent difficiles à évaluer en France. Lancée en 2006, à l'initiative du Service des droits des femmes et de l'égalité et confiée au Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion de l'Institut catholique de Lille, cette étude s'est attachée à recenser les données disponibles, à bâtir un modèle économique, mettant en évidence les lacunes existantes en termes de recueil d'informations, puis à formuler en la matière un certain nombre de préconisations concrètes. Sur la base de cette première estimation, le coût économique des violences conjugales au sein du couple est ainsi évalué à plus d'un milliard d'euros par an. Face à l'ampleur et à la gravité de ce phénomène, la mobilisation en matière de lutte contre les violences au sein du couple reste un enjeu majeur des politiques publiques.

## DÉPENSES DE SANTÉ

### ▮ Analyses temporelles

36436

RAPPORT

Institut Canadien d'Information sur la Santé.  
(I.C.I.S.). Ottawa. CAN

***National health expenditures trends  
1975-2007.***

*Tendances des dépenses nationales de santé  
1975-2007.*

Ottawa : ICIS : 2007 : 136p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6272

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/  
NHET\\_1975\\_2007\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHET_1975_2007_f.pdf)

Le rapport intitulé Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007 est la onzième publication annuelle de l'ICIS sur les tendances des dépenses de santé, et il présente des renseignements détaillés et actuels sur les dépenses de santé au Canada. Cette publication comprend les points saillants des dépenses nationales de santé ; un aperçu qui englobe les tendances des dépenses de santé de 1975 à 2007 ; les chiffres de 2005 qui sont maintenant considérés comme une estimation plutôt qu'une prévision ; perspectives pour 2006 et 2007 ; une mise à jour des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe, incluant quatre années de données sur les dépenses normalisées en fonction de l'âge et du sexe t;

des tableaux de données mis à jour jusqu'en 2007 et des comparaisons internationales.

36969

FASCICULE

REYNAUD (D.), CAUSSAT (L.), HADA (F.)  
AGHION (P.) / rapp., CETTE (G.) / rapp.,  
COHEN (E.) / rapp., PISANI-FERREY (J.) /  
rapp.

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.).  
Paris. FRA

***Perspectives à long terme des dépenses de santé en France.***

*Les leviers de la croissance française.*

Paris : CAE : 2007 : 145-183, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P117

<http://www.cae.gouv.fr/rapports/072.htm>

Cette annexe au rapport : «les leviers de la croissance» modélise l'évolution des dépenses de santé en France de 1970 à nos jours, et analyse les différents déterminants de cette évolution : vieillissement démographique, structure de l'emploi, offre de soins en ville et à l'hôpital, modes de rémunération des médecins, innovation technologique. La dernière partie de l'analyse porte sur les médicaments, perspectives en matière de prix et de remboursement, impact sur l'innovation.

## ► Coût de l'hospitalisation

37474

RAPPORT , INTERNET

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

***The Cost of Acute Care Hospital Stays by Medical Condition in Canada : 2004-2005.***

*Le coût des séjours à l'hôpital pour soins aigus selon les pathologies au Canada : 2004-2005*

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

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex\\_acutecare07\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex_acutecare07_e.pdf)

This report on the cost of acute care hospital stays by medical condition uses Canadian administrative data to answer the key questions related to total hospital costs for acute care inpatients: What is the contribution (percent and dollar) of each ICD-10-CA clinical chapter to total acute care inpatient costs? What is the breakdown of total acute care inpatient cost into cost per stay and volume of utilization

for each clinical chapter and selected medical condition? How much of the medical condition costs (in percentages) can be allocated to the treatment or presence of complexities? How do hospital costs for acute care inpatients vary by sex and age group for each clinical chapter and selected medical condition?

## ► Financement des soins

35149

DOCUMENT DE TRAVAIL

BUSSE (R.), SCHREYOGG (J.), GERICKE (C.)

The World Bank. Health Nutrition and Population Family. Washington DC. USA

***Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries : a comprehensive framework approach.***

*Analyse des changements dans les dispositions de financement des soins dans les pays aux hauts revenus : une approche compréhensive par structure.*

HNP Discussion paper.

Washington : Banque Mondiale : 2007/02 : 40p., graph.

Cote Irdes : B6012

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BusseAnalyzingChangesinHealthFinancingFinal.pdf>

This review is one in a series of analytic efforts designed to inform the policy debate related to health financing. The authors review evidence on health financing arrangements in high income countries as well as reforms over the last 30 years and to identify key policy lessons from this experience for low and middle income countries. The review is based on a conceptual framework of health financing "functions". 25 high-income countries have been grouped for comparative evaluative purposes into three groups, based on the main mechanism of financing health care (social health insurance, taxes, private). Decisions on coverage and benefit entitlements as well as various functions of health care financing (i.e. collecting, pooling and purchasing) are described and analyzed. The pooling function is most essential in order to provide coverage to as many individuals as possible, thus reducing their financial risk being the principal aim of public health financing. Both SHI contributions and taxes are ways to collect resources, which are publicly administrated and flow into one or several public pools. Private health insurance,

medical savings accounts and other forms of private resource collection can only be supplementary models for increasing universal coverage. The evolution of health financing schemes towards universal coverage was pretty similar in the included countries. Since it is difficult to attribute outcomes to certain financing mechanisms a best practice to design health financing arrangements – e.g. tax-based or SHI – cannot be defined. Next to the precondition of economic growth, the most essential lessons are to initiate pilots for health insurance schemes on a voluntary and/or local basis, to foster the ability to administrate, to ensure political commitment to expand population coverage, to iii combine expansion of population coverage with risk-pooling and to ensure evaluation of products and services at each stage.

36909

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
ANDREWS (D.)

Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

***Assessing alternative financing methods for the Canadian Health Care System in view of population aging.***

*Evaluation des méthodes alternatives de financement du système de santé canadien face au vieillissement de la population.*

Hamilton : SEDAP : 2007/11 : 46p., 5 tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap224.pdf>

Le coût du système de santé représente 10% du Produit Intérieur Brut (PIB) canadien. De récents sondages montrent que les citoyens ne sont pas en faveur d'une augmentation du budget de la santé mais sont toutefois de l'avis que le système en place devrait être en mesure d'assurer un service de meilleure qualité. En raison du faible taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie, la population canadienne est vieillissante. Au cours des 25 prochaines années, le ratio de dépendance des personnes âgées va augmenter, principalement en raison du vieillissement de la génération des "babyboomers". Cette situation va placer une double pression budgétaire sur les gouvernements responsables du maintien du système de santé public. L'augmentation de l'espérance de vie moyenne des Canadiens va amener ceux-ci à bénéficier plus longtemps du système de santé. Même si, pour un âge donné, la consommation du service n'augmente pas, le vieillisse-

ment entraînera l'augmentation des dépenses totales annuelles en santé. Le ratio de dépendance est un indicateur de la capacité de la population à supporter le système. Le taux de dépendance grandissant pourrait résulter en un ralentissement de la croissance du PIB, en supposant un niveau de technologie constant. La première section de cet article tente de quantifier ces facteurs. Une mesure unique combinant les coûts et la qualité est développée dans le but de démontrer l'ampleur du défi à relever. La seconde section de cet article examine différentes approches de financement du système de santé, incluant des frais d'utilisation et des méthodes alternatives de compensation des médecins. Cet article présente les informations documentées pertinentes des expériences canadiennes et internationales décrivant les problèmes liés à la mise en place de ces différentes mesures. Cet article évalue l'intérêt d'implanter ces dernières au Canada.

37706

CHAPITRE

BRAS (P.L.)

KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.), BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.),

***Financement des soins : prise en charge de la maladie.***

In : *Traité de santé publique.*

Paris : Médecine Sciences Flammarion : 2008 : 242-249

Cote Irdes : B6466

37533

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
WAGSTAFF (A.)

Banque Mondiale. Washington DC. USA

***Measuring Financial Protection in Health.***

*Mesurer la protection financière dans le champ de la santé.*

Policy Research Working Paper Series ; n° 4554

Washington : Banque mondiale : 2008 : 34p., tabl, fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2008/03/12/000158349\\_20080312140044/Rendered/PDF/wps4554.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2008/03/12/000158349_20080312140044/Rendered/PDF/wps4554.pdf)

Health systems are not just about improving health: good ones also ensure that people are

protected from the financial consequences of receiving medical care. Anecdotal evidence suggests health systems often perform badly in this respect, apparently with devastating consequences for households, especially poor ones and near-poor ones. Two principal methods have been used to measure financial protection in health. Both relate a household's out-of-pocket spending to a threshold defined in terms of living standards in the absence of the spending: the first defines spending as catastrophic a larger effort in the department to shed light on health financing and delivery issues if it exceeds a certain percentage of the living standards measure; the second defines spending as impoverishing if it makes the difference between a household being above and below the poverty line. The paper provides an overview of the methods and issues arising in each case, and presents empirical work in the area of financial protection in health, including the impacts of government policy. The paper also reviews a recent critique of the methods used to measure financial protection.

## ► Maîtrise des dépenses

37055

OUVRAGE  
ECALLE (F.)  
BARRE (R.) / préf.

### ***Maîtriser les finances publiques ? Pourquoi, comment ?***

Paris : Economica : 2005 : 350p., tabl., graph.  
Cote Irdes : A3659

Les déficits publics soutiennent-ils la croissance ? Comment sont-ils mesurés et quelle est la situation des finances publiques françaises ? Faut-il fixer une limite à l'endettement public ? Quel est l'effet des prélèvements obligatoires sur l'emploi et comment évaluer les dépenses publiques ? Quels sont les enjeux de la loi organique de 2001 sur les lois de finances pour la gestion publique et faut-il poursuivre la décentralisation ? Les comptes de l'assurance maladie peuvent-ils être durablement équilibrés ? La réforme de 2003 a-t-elle résolu le problème des retraites ? Ce sont quelques unes des nombreuses questions d'actualité auxquelles répond ce livre. Il traite la plupart des sujets importants relatifs aux finances publiques en suivant un fil directeur qui amène le lecteur à trouver les réponses à deux questions plus fondamentales : Pourquoi et comment maîtriser les dettes et déficits publics, d'une part, les prélèvements obligatoires et dépenses publiques, d'autre part ? Alors que

les contraintes budgétaires sont particulièrement fortes en France et que nous sommes tous plus ou moins directement concernés, ce livre développe les informations et les analyses à la fois les plus pertinentes et les plus récentes. Sa présentation pédagogique en fait un ouvrage de référence pour tous ceux qui s'intéressent aux finances publiques de la France et souhaitent comprendre les débats que soulève leur gestion.

37707

CHAPITRE  
BARNAY (T.) , ULMANN (P.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

### ***Maîtrise des dépenses de santé.***

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 250-255

Cote Irdes : B6466

## ► Soins dentaires

37509

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GLIED (S.A.) , NEIDELL (M.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***The Economic Value of Teeth.***

*Valeur économique de la santé dentaire.*

NBER Working Paper Series ; n° 13879  
Cambridge : NBER : 2008/03 : 31p., fig.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13879>

Healthy teeth are a vital and visible component of general well-being, but there is little systematic evidence to demonstrate their economic value. In this paper, we examine one element of that value, the effect of oral health on labor market outcomes, by exploiting variation in access to fluoridated water during childhood. The politics surrounding the adoption of water fluoridation by local water districts suggests exposure to fluoride during childhood is exogenous to other factors affecting earnings. We find that women who resided in communities with fluoridated water during childhood earn approximately 4% more than women who did not, but we find no effect of fluoridation for men. Furthermore, the effect is almost exclusively concentrated amongst women from families of low socioeconomic status. We find



little evidence to support occupational sorting, statistical discrimination, and productivity as potential channels of these effects, suggesting consumer and employer discrimination are the likely driving factors whereby oral health affects earnings.

## INDICATEURS DE SANTÉ

### Alcoolisme

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 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.

37647

DOCUMENT DE TRAVAIL  
KREMER (M.), LEVY (D.M.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge. USA

#### **Peer Effects and Alcohol Use Among College.**

*Effets de pair et usage de l'alcool dans les établissements d'enseignement supérieur.*

NBER Working paper Series ; 9876  
Cambridge : NBER : 2003 : 92 p., 12 tabl.  
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w9876>

This paper examines a natural experiment in which students at a large state university were randomly assigned roommates through a lottery system. We find that on average, males assigned to roommates who reported drinking in the year prior to entering college had one quarter-point lower GPA than those assigned to non-drinking roommates. The 10th percentile of their college GPA is half a point lower than among males assigned non-drinking roommates. For males who themselves drank frequently prior to college, assignment to a roommate who drank frequently prior to college reduces GPA by two-thirds of a point. Since students who drink frequently are particularly influenced by frequent-drinking roommates, substance-free housing programs could potentially lower average GPA by segregating drinkers. The effect of initial assignment to a drinking roommate persists and possibly even grows over time. In contrast, students' college GPA is not influenced by roommates' high school grades, admission test scores, or family background. Females' GPAs are not affected by roommates' drinking prior to college. Overall, these findings are more consistent with models in which peers change preferences than models in which they change endowments.

37543

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
NILSSON (J.P.)  
Institute for Labour Market Policy Evaluation.  
(I.F.A.U.). Uppsala. SWE

***Does a pint a day affect your child's pay?  
The effect of prenatal alcohol exposure on  
adult outcomes.***

Uppsala : Institute for Labour Market Policy  
Evaluation. : 2008 : 140p., tabl., fig., graph.  
Cote Irdes : En ligne

<http://www.ifau.se/upload/pdf/se/2008/wp08-04.pdf>

This paper utilizes a Swedish alcohol policy experiment conducted in the late 1960s to identify the impact of prenatal alcohol exposure on educational attainments and labor market outcomes. The experiment started in November 1967 and was prematurely discontinued in July 1968 due to a sharp increase in alcohol consumption in the experimental regions, particularly among youths. Using a difference-in-difference-in-differences strategy we find that around age 30 the cohort in utero during the experiment have substantially reduced educational attainments, lower earnings and higher welfare dependency rates compared to the surrounding cohorts. The results indicate that investments in early-life health may have far reaching effects on economic outcomes later in life.

37715

CHAPITRE  
RIGAUD (A.), CRAPLET (M.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

***Alcool.***

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 545-554

Cote Irdes : B6466

## ► **Cancers**

37306

DOSSIER DE PRESSE  
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.). Saint-  
Maurice. FRA

***Les évolutions de l'incidence et de la mortalité par cancer ces 25 dernières années en France sont divergentes.***

Saint-Maurice : InVS : 2008/02 : 10p., tabl.

Cote Irdes : c, INI 1314

[http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer\\_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf](http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf)

L'évolution des cancers ces 25 dernières années en France est marquée par des divergences entre l'incidence et la mortalité. C'est l'un des constats dressés aujourd'hui à l'occasion de la publication et de la présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France pour la période 1980-2005. Alors que l'incidence a considérablement augmenté, le risque de mortalité par cancer a diminué. En 2005, on estime à 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancer (180 000 chez les hommes et 140.000 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon rectum et du poumon. En comparaison avec la situation en 2000, en 2005, le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein le plus fréquent chez la femme. La progression a été plus importante pour les cancers de la prostate qui, avec plus de 62 000 nouveaux cas en 2005, devançant les cancers du sein responsables de près de 50.000 cas. En 25 ans (1980-2005), l'incidence du cancer a quasiment doublé chez l'homme (+93 %) et fortement augmenté chez la femme (+84 %). Ces augmentations sont liées notamment à l'essor démographique et au vieillissement de la population, mais 52 % des cas supplémentaires chez l'homme et 55 % chez la femme sont dus à l'augmentation du risque. Concernant la mortalité, on estime à 146 000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005 soit une augmentation de 13 % depuis 1980. Cette augmentation est très inférieure à celle prévue par l'accroissement et le vieillissement de la population (37 %) car le risque de mortalité a sensiblement diminué au cours de ces 25 dernières années (-24 % globalement ; -29 % chez l'homme et -22 % chez la femme). Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78 % des 31.000 cas en

2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+4.2 % par an) en lien avec l'évolution du tabagisme. Cette divergence entre mortalité et incidence s'explique par l'évolution croisée des cancers : les tumeurs les plus agressives (œsophage, estomac, voies aérodigestives supérieures) ont chuté ces dernières années chez l'homme en lien avec la diminution de la consommation alcool-tabagique tandis que les cancers de pronostic plus favorable, pouvant être diagnostiqués très précocement, ont augmenté (sein, prostate). Le cancer du sein représente à lui seul la moitié des cas de cancer supplémentaires survenus ces 25 dernières années chez la femme. Chez l'homme, 70 % des cas supplémentaires concernent la prostate. Pour ces deux cancers, la modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage ont joué un rôle majeur dans le diagnostic croissant de ces maladies. Notons que le bénéfice de l'extension du dosage de PSA en population générale, responsable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la prostate, n'a pas été scientifiquement démontré. Les données sont publiées sur le site de l'InVs : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers> et prochainement dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.

## Maladies cardiovasculaires

37358

RAPPORT, INTERNET  
ALLENDER (S.), SCARBOROUGH(P.),  
PETO (V.), RAYNER (M.)  
European Heart Network. (E.H.N.). Bruxelles.  
BEL.

### **European cardiovascular disease statistics. 2008 edition.**

Bruxelles : European Heart Network : 2008 :  
112p., cartes, tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ehnheart.org/files/statistics%202008%20web-161229A.pdf>

European cardiovascular disease statistics is divided into 12 sections. The first two sections on mortality and morbidity deal with the burden of CVD in Europe. Next there is a section on treatment. Then there are four sections on the main aspects of lifestyle which affect the risk of the disease: smoking, diet, physical activity and alcohol consumption. These are followed by four sections on the main pathophysiological risk factors for the disease: raised blood

pressure, raised blood cholesterol, overweight/obesity and diabetes. The final section provides information about the economic costs of CVD in the European Union (EU)<sup>1</sup>. Each section contains a set of tables and graphs and a brief description of the data presented.

## Maladies respiratoires

37409

RAPPORT, INTERNET  
FUHRMAN (C.), ROCHE (N.),  
VERGNENEGRE (A.), CHOUAID (C.),  
ZUREIK (M.), DELMAS (M.C.)  
Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.). Saint  
Maurice. FRA

### **Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003.**

Saint-Maurice : I.n.V.S. : 2008/02 : 37p., tabl.,  
ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bronchite/RAPP\\_SCI\\_Bronchite\\_Web.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bronchite/RAPP_SCI_Bronchite_Web.pdf)

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une cause importante de recours aux soins, de handicap et de mortalité. Bien que les deux affections ne soient pas superposables, la prévalence des symptômes de bronchite chronique permet d'approcher la prévalence de la BPCO. L'enquête décennale santé 2003 a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de ménages de France métropolitaine. Un autoquestionnaire destiné aux personnes âgées d'au moins 45 ans a permis d'estimer la prévalence de la bronchite chronique. L'analyse a porté sur 9 050 adultes âgés de 45 ans ou plus. La prévalence des symptômes de bronchite chronique était de 3,5 %. Lors des visites de l'enquêteur, 3,4 % des individus ont déclaré avoir une bronchite chronique, un emphysème ou une insuffisance respiratoire chronique. La concordance entre symptômes de bronchite chronique et maladie déclarée était mauvaise, soulignant le sous-diagnostic de la maladie. Après ajustement sur le sexe et l'âge, la bronchite chronique était associée à une qualité de vie altérée et à une fréquence accrue des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités quotidiennes. L'impact de la bronchite chronique sur la qualité de vie, la santé perçue et les limitations d'activité de long terme s'observait également en limitant l'analyse aux personnes non ou peu dyspnéiques. Cette enquête portant uniquement sur des données déclaratives, il serait utile d'intégrer des mesures objectives

de la fonction respiratoire dans les futures enquêtes de santé, afin d'estimer la prévalence et le sous-diagnostic de la BCPO.

37713

CHAPITRE  
PRUDHOMME (A.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.),  
BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.),

**Maladies respiratoires, BCPO et asthme.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 363-368

Cote Irdes : B6466

## ► Obésité

35223

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

**Current and future prevalence of obesity and severe obesity in the United States.**

*Les actuelles et futures prévalences de l'obésité et de l'obésité sévère aux États-Unis.*

NBER Working Paper Series ; n° 13181

Cambridge : NBER : 2007/06 : 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13181>

The prevalence of obesity has increased rapidly since the mid-1970s, following a period of relative stability. This study examines past patterns and projects future prevalence rates of obesity and severe obesity among US adults through 2020. Trends in body mass index (BMI), overweight (BMI 25), obesity (BMI 30), class 2 obesity (BMI 35), class 3 obesity (BMI 40) and class 4 obesity (BMI 45) of 20-74 year olds are obtained using data from the first National Health Examination Survey and the Nutrition Health and Nutrition Examination Surveys. Quantile regression methods are then used to forecast future prevalence rates through 2020. By that year, 77.6% of men are predicted to be overweight and 40.2% obese, with class 2, 3 and 4 obesity prevalence rates projected at 16.4%, 6.3% and 3.1%. The corresponding forecasts for women are 71.1%, 43.3%, 25.3%, 12.8% and 5.8%. The large growth predicted for severe obesity represents a major public health challenge, given the accompanying high medical expenditures

and elevated risk of mortality and morbidity. Combating severe obesity is likely to require strategies targeting the particularly large weight gains of the heaviest individuals.

## ► Santé bucco-dentaire

37716

CHAPITRE  
AZOGUI-LEVY (S.), DARGENT-PARE (C.),  
BOY-LEFEVRE (MARIE-LAURE)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.),  
BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.),

**Santé bucco-dentaire.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 540-566

Cote Irdes : B6466

## ► Santé et cycle de vie

37668

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

**Heterogeneity, State Dependence and Health.**

Hétérogénéité, état de dépendance et santé.

Bonn : The Institute for the Study of Labor :  
2008/04 : 56p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3463.pdf>

We investigate the evolution of health over the life-cycle. We allow for two sources of persistence : unobserved heterogeneity and state dependence. Estimation indicates that there is a large degree of heterogeneity. For half the population, there are modest degrees of state dependence. For the other half of the population, the degree of state dependence is near unity. However, this may be the result of a high frequency of people in our data who never exit healthy states, potentially resulting in a failure to pin down the state dependence parameter for this segment of the population. We conclude that individual characteristics that trace back to early adulthood and before can have far reaching effects on health.

## D Travail et santé

34747

REPERTOIRE  
MARGOSSIAN (N.)

***Risques professionnels : caractéristiques, réglementation, prévention.***

Paris : Dunod : 2006 : 398p., index

Cote Irdes : Ud544

Cet ouvrage traite des différents risques professionnels rencontrés dans toutes les activités, industrielles ou de service, en donnant pour chacun le contexte, le cadre réglementaire et les mesures de prévention existantes, illustrées par des exemples sectoriels : définitions et caractéristiques des risques, accidents du travail et maladies professionnelles (réparation aux victimes, organisation de la prévention, ergonomie et conditions de travail) ; législation et réglementation du travail en matière de prévention, et normalisation de la sécurité ; risques mécaniques et physiques (bruit, vibrations, électricité, rayonnements ionisants et non ionisants) ; risques dus aux manutentions manuelles et mécaniques, à la circulation et au transport ; risques chimiques et biologiques ; risques du bâtiment et des travaux publics. Cette deuxième édition mise à jour tient compte des nouvelles directives européennes relatives aux risques professionnels. Cet ouvrage, destiné aux responsables sécurité, responsables opérationnels, chefs d'entreprise, ainsi qu'aux médecins du travail et CHSCT, offre une vision à la fois globale et pratique de la prévention des risques professionnels.

36914

DOCUMENT DE TRAVAIL  
SINDELAR (J.L.), FLETCHER (J.), FALBA (T.), KEENAN (P.), GALLO (W.T.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Impact of First Occupation on Health at Older Ages.***

*Impact du premier travail sur la santé à des âges avancés.*

NBER Working Paper Series ; n° 13735.  
Cambridge : NBER : 2007/12 : 30p., 5 tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13715>

Occupation is discussed as a social determinant of health. Occupation has received little

attention in this light in the economics literature. We examine occupation in a life-course framework and use measures of first-occupation, initial health, and mother's education. We contend that first occupation is a choice made relatively early in life that affects health outcomes at later ages. We examine first-occupation for two reasons: 1) there is growing evidence that early determinants affect later health and occupation has received little attention in this regard and 2) first occupation is predetermined in analysis of later health, which helps to address the issue of potential simultaneity. Using data from the Panel Study of Income Dynamics (PSID) we estimate the impact of initial occupation on two measures of health later in life: respondent-reported fair/poor health and ever suffering a heart attack. The PSID offers the opportunity to examine a lifecycle perspective as we can examine the impact of early occupation on later health while controlling for several predetermined conditions such as mothers education and health in youth. Estimates suggest that first-occupation has a durable impact on later health, ceteris paribus, but that the impact varies by health measure and the set of control variables in regression specifications. Early choice of occupation could be a critical factor in successful aging and this information may pave the way to developing more effective workplace and public policies to improve health in older ages.

36977

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

***Rapport sur la proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés.***

Paris : Sénat : 2008 : 118p., tabl.

Cote Irdes : B6370

<http://www.senat.fr/rap/I06-159/I06-1591.pdf>

La proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés constitue l'aboutissement d'un travail important et présente, à maints égards, des pistes intéressantes d'évolution des dossiers abordés. Elle mérite donc un examen détaillé, des réponses circonstanciées, des prolongements tangibles. La commission des Affaires sociales du Sénat a mené cet examen et a esquisé des réponses. En ce qui concerne les

prolongements, elle a montré que le dossier de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels est activement pris en charge par le Gouvernement et par les partenaires sociaux, qui préparent en ce début d'année des propositions dont le Parlement sera bientôt saisi. A l'issue de l'examen de la proposition de loi, le Sénat sera bien armé pour étudier ces propositions. La commission considère en revanche qu'il serait inopportun de légiférer immédiatement, y compris sur les points particuliers qui lui ont paru abordés de façon pertinente. Il est loin d'être certain, a-t-elle estimé, que certaines pièces extraites de l'impressionnant puzzle soumis à l'examen du Sénat puissent commodément prendre place dans celui que le Gouvernement et les partenaires sociaux préparent de leur côté. C'est pourquoi, tout en saluant l'ambition et la qualité de la proposition de loi « santé au travail », elle a décidé de proposer le rejet de ce texte (avant-propos).

37011

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

**Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Volume 2 : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni.**

Paris : OCDE : 2007 : 196p., tabl., graph.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/document/7/0,3343,fr\\_33873108\\_33873739\\_39794183\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/7/0,3343,fr_33873108_33873739_39794183_1_1_1_1,00.html)

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 mérite 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 deuxième de la série d'examen de l'OCDE intitulée Maladie, invalidité et travail. Les auteurs s'y intéressent plus particulièrement aux cas de l'Australie, de l'Espagne, du Luxembourg et du Royaume-Uni et mettent en lumière le rôle des institutions et des politiques. Cet ouvrage recommande un éventail de réformes susceptibles de répondre aux défis auxquels ces

quatre pays font face. L'expérience des quatre pays permet de tirer des leçons sur la façon de réduire les flux d'entrée dans les régimes d'indemnisation maladie et invalidité grâce à une bonne gestion de la maladie, aussi bien pour les travailleurs que pour les chômeurs, et sur le moyen de promouvoir le passage des prestations vers l'emploi à travers des aides ciblées, accessibles et efficaces. Dans les quatre pays retenus, des mesures supplémentaires pourraient être prises pour réduire les flux d'entrée dans les régimes d'indemnisation et pour promouvoir le retour à l'emploi des bénéficiaires de prestations. Bien des personnes souffrant de problèmes de santé ou ayant une capacité de travail réduite peuvent travailler et souhaitent réintégrer le marché du travail. Les y aider permettrait d'échapper à l'exclusion et d'augmenter leurs revenus tout en améliorant les perspectives économiques à long terme.

37589

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
BORSCH-SUPAN (A.)  
University of Mannheim. Deutsche  
Forschungsgemeinschaft. Mannheim. DEU

**Work Disability, Health, and Incentive Effects.**

*Incapacité professionnelle, santé et effets des incitations.*

Deutsche Forschungsgemeinschaft  
504 Working paper Series ; 07-23  
Mannheim : Deutsche  
Forschungsgemeinschaft : 2007 : 26p.,  
12 fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sfb504.uni-mannheim.de/publications/dp07-23.pdf>

Disability insurance – the insurance against the loss of the ability to work – is a substantial part of social security expenditures in many countries. The enrolment rates in disability insurance vary strikingly across European countries and the US. This paper investigates the extent of, and the causes for, this variation, using data from SHARE, ELSA and HRS. We show that even after controlling for differences in the demographic structure and health status these differences remain. In turn, indicators of disability insurance generosity explain 75% of the cross-national variation. We conclude that country-specific disability insurance rules are a prime candidate to explain the observed cross-country variation in disability insurance enrolment.

37615

FASCICULE , INTERNET  
MARDON (C.), VOLKOFF (S.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-  
Le-Grand. FRA

**Les salariés âgés face au travail «sous pression».**

Noisy-Le-Grand : CEE : 2008/03 : 4p., graph.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance\\_emploi/age\\_travail\\_sous\\_pression\\_ce52.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance_emploi/age_travail_sous_pression_ce52.pdf)

L'intensification du travail par accumulation de diverses contraintes temporelles constitue une évolution avérée dans les pays industrialisés. Simultanément, on constate un vieillissement de la population active, peut-être renforcé à l'avenir par l'allongement de la vie professionnelle. Dans ce contexte, comment les salariés les plus âgés vivent-ils le travail sous pression temporelle ? Et quelles en sont les incidences sur la santé ? Selon une enquête menée auprès de 11 000 salariés de plus de 50 ans, 80 % des quinquagénaires exposés à la pression jugent cette contrainte difficile (en particulier si elle remet en cause la qualité de leur travail) et déclarent, davantage que les autres, des troubles de santé (douleurs, fatigue, digestion difficile), révélateurs d'un mal-être. Ces troubles sont toutefois atténués lorsque les salariés réussissent à mettre en oeuvre des stratégies protectrices. De tels constats incitent à rechercher des modèles d'organisation du travail facilitant le maintien de la santé et des compétences tout au long de l'itinéraire professionnel.

37705

CHAPITRE  
IMBERNON (E.) , GOLDBERG (M.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

**La santé au travail.**

In : Traité de santé publique.  
Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 180-188  
Cote Irdes : B6466

## ► Vieillesse et santé

34626

RAPPORT  
Swedish National Institute of Public Health.  
(S.N.I.P.H.). Stockholm. SWE

**Healthy ageing. A challenge for Europe.**

*Vieillir en bonne santé. Un défi pour l'Europe.*  
Stockholm : Swedish National Institute of  
Public Health : 2007 : 213p., tabl., fig., ann.  
Cote Irdes : B5901

[http://www.fhi.se/shop/material\\_pdf/Healthy\\_ageing.pdf](http://www.fhi.se/shop/material_pdf/Healthy_ageing.pdf)

The Healthy Ageing – a Challenge for Europe report presents an overview of interventions on ageing and health. It includes suggested recommendations to decision makers, NGOs and practitioners on how to get into action to promote healthy ageing among the growing number of older people. The report also presents different countries' policies/strategies for older people's health, summaries of reviews on the effectiveness of interventions for later life, and a number of examples on good practice projects promoting healthy ageing. Data about the health of older people is presented.

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Dépendance

34377

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

**Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix.**

Paris : Ministère de la sécurité sociale,  
des personnes âgées, des personnes  
handicapées et de la famille : 2007 : 182p.,  
tabl., graph.

Cote Irdes : B5878

[http://www.personnes-agees.gouv.fr/point\\_presse/rapports/dependance\\_gisserot/rapport.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/rapports/dependance_gisserot/rapport.pdf)

Le rapport pose la question du financement des dépenses liées à la prise en charge de

la dépendance : la prévision de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040 s'élève à 1% par an en moyenne. Les auteurs appuient leurs réflexions sur deux autres rapports, l'un émanant de la Cour des comptes sur « Les personnes âgées dépendantes » (novembre 2005) et l'autre du Centre d'Analyse Stratégique intitulé « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » (juin 2006).

36892

RAPPORT

BESSON (E.)

Premier Ministre. Paris. FRA

***La journée de solidarité.***

Paris : Premier Ministre : 2007/12 : 52p., tab.

Cote Irdes : B6357

[http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/solidarite\\_RAPPORT.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/solidarite_RAPPORT.pdf)

Le rapport rend compte de la mission d'évaluation et de proposition sur la mise en oeuvre pratique de la «journée de solidarité» dans les entreprises et les administrations publiques, confiée à Eric Besson en juin 2007 par le Premier Ministre. Il souligne le « succès » du financement institué par la journée de solidarité et propose trois pistes de travail présentées comme des « scénari », qui comportent, chacun, des avantages et des inconvénients.

## ► Emploi de seniors

37655

RAPPORT , CONGRES

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

***Augmenter le taux d'emploi des seniors : les enseignements des expériences étrangères.***

Paris : COR : 2008 : 208p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : A3703

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110070883/>

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.

## ► Filière de soins

34849

RAPPORT

ARFEUX-VAUCHER (G.), DORANGE (M.), GAUSSENS (J.), BESSON (I.)

MIZRAHI (An.) / collab. , MIZRAHI (Ar.) / collab.

Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.). Paris. FRA

***Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile. Recherche auprès de Services d'Aide à Domicile et de Services de Soins Infirmiers à Domicile.***

Paris : FNG : 2006/12 : 122p., tabl., ill.

Cote Irdes : C, B5958

[http://www.fng.fr/html/etudes\\_recherche/recherche\\_sciences/pdf/Recours\\_hopital\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.fng.fr/html/etudes_recherche/recherche_sciences/pdf/Recours_hopital_personnes_agees.pdf)



Lors de cette enquête, la Fondation Nationale de Gérontologie a cherché à évaluer et quantifier, sur une année complète (du 01/10/04 au 30/09/05) la réalité du recours aux services d'urgence et d'hospitalisation programmée chez les personnes âgées et de comparer ces données à celles extraites des fichiers EPAS et PMSI de la CNAM. Les auteurs ont analysé les situations personnelles ayant conduit à ces recours en prenant en compte les modalités de fonctionnement et les difficultés rencontrées par les services d'aide à domicile comme des services hospitaliers. Les auteurs ont tenu compte de la saisonnalité de ces recours aux urgences et hospitalisations par une comparaison des mois les uns par rapport aux autres sur une année. Cette enquête a eu lieu avec la collaboration de 27 structures (Services de Soins Infirmiers à Domicile et Services d'Aide à Domicile) représentant 110 responsables de sites. Au total, 4919 recours à l'hôpital ont été repérés : 3228 personnes sont allées à l'hôpital une fois dans l'année et 716 personnes (1691 fiches) sont allées plusieurs fois à l'hôpital dans l'année.

## ► Soins de longue durée

37667

RAPPORT, INTERNET

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

### ***Long-term care in the European Union.***

*Les soins de longue durée au sein de l'Union Européenne.*

Bruxelles : Communauté européenne : 2007/11 : 34p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2008/apr/long\\_term\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf)

Ce rapport analyse les principaux problèmes auxquels les États membres sont confrontés en matière de soins de longue durée ainsi que les stratégies qu'ils ont adoptées pour les résoudre, et présente des solutions envisageables. Il se fonde sur les rapports nationaux élaborés dans le contexte du dispositif mis en place par l'Union pour la fixation d'objectifs, l'évaluation et l'élaboration de rapports en commun dans le domaine de la protection et de l'inclusion sociales – plus connu sous le nom de «méthode ouverte de coordination». Selon le rapport, les gouvernements nationaux font principalement face aux défis suivants : garantir l'accès de tous aux soins de longue durée, assurer le

financement des soins de longue durée grâce à une combinaison judicieuse de ressources publiques et privées et à d'éventuelles modifications des mécanismes de financement, améliorer la coordination entre les services sociaux et médicaux, qui interviennent souvent dans la prestation de soins de longue durée, encourager le développement des soins à domicile ou de proximité au lieu des soins en institution, afin de permettre aux personnes dépendantes de rester chez elles aussi longtemps que possible, améliorer les modalités de recrutement et les conditions de travail des prestataires de soins formels et soutenir les prestataires de soins informels.

## GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

### ► Adolescence

36109

DOCUMENT DE TRAVAIL

WALKER (M.) , TEKIN (E.) , WALLACE (S.)

National Bureau of Economic Research

(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Teen smoking and birth outcomes.***

*Tabagisme des adolescentes et impact sur la naissance.*

NBER Working Paper Series ; n° 13386

Cambridge : NBER : 2007/09 : 31p., tabl.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13386>

In the U.S. teen mothers are more likely to give birth to low birth weight babies than non-teen mothers. There is also substantial evidence that smoking is a risk factor correlated with low birth weight. Low birth weight is a costly outcome in both the short and long term for parents, children, and society at large. This paper examines the causal link between teen age smoking behavior and low birth weight. We use a variety of empirical techniques including fixed effects and a matching estimator to identify the impact of smoking on babies of teen and non-teen mothers. We find that both OLS and matching estimator results yield large impacts of smoking on birth weight for teens and adults. However, when we control for unobservables through a fixed effects model, the impact of smoking on birth weight is diminished and there are relatively small differences in the impact of smoking on birth weight between teens and non-teens.

37714

CHAPITRE  
HALLEY DES FONTAINES (V.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.),  
BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.),

**Santé des adolescents.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 480-485

Cote Irdes : B6466

## ► Enfance

35699

RAPPORT  
LAVALLEE (C.) / coord.  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.),  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

**Enquête sociale et santé auprès des enfants  
et des adolescents québécois.**

Québec : ISQ : 2004/06 : 166p.,  
tabl.+annexes

Cote Irdes : C, B6107

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/  
pdf2004/enq\\_nutrition04a.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2004/enq_nutrition04a.pdf)

Le volet nutritionnel de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 visait à décrire les consommations alimentaires, les apports en nutriments et les comportements liés à la nutrition des jeunes québécois de 6 à 16 ans et à déterminer les groupes cibles à privilégier dans les futurs programmes de nutrition. Le présent rapport fournit des renseignements provenant des jeunes, de leurs parents et des directions d'école et comporte les résultats de rappels alimentaires de 24 heures et de mesures physiologiques. Près de 2 000 enfants ont consenti à rencontrer les nutritionnistes dans les 182 écoles primaires et secondaires sélectionnées au hasard pour l'échantillon. Les résultats sont présentés en six chapitres décrivant les apports en énergie et en macronutriments, les apports en vitamines et minéraux et les consommations alimentaires en lien avec les groupes d'aliments du Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Un portrait des caractéristiques des enfants et des adolescents et un chapitre décrivant les méthodes d'enquête viennent compléter le document.

37347

RAPPORT , INTERNET  
Commission européenne. Direction Générale  
de l'Emploi - des Affaires sociales et de

l'Égalité des Chances. Luxembourg. LUX

**Child Poverty and Well-Being in the EU. Current status and way forward.**

*Pauvreté et bien-être des enfants dans l'Union européenne. Etat des lieux et perspectives.*

Luxembourg : Office des publications  
officielles des communautés européennes :  
2008/01 : 246p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/  
docs/social\\_inclusion/2008/child\\_poverty\\_  
en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/child_poverty_en.pdf)

Dans l'Union Européenne, un enfant sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté, et dans la plupart des pays les enfants font face à un risque de pauvreté plus élevé que le reste de la population. En exploitant les indicateurs communs adoptés par l'ensemble des Etats membres, le rapport met en évidence les principaux déterminants de la pauvreté des enfants dans chaque pays. Les indicateurs n'ont pas été utilisés pour pointer les pays du doigt mais pour les regrouper en fonction des principaux défis auxquels ils sont confrontés : enfants grandissant dans des ménages sans emploi, pauvreté au travail des parents ou insuffisance du soutien aux familles. Le rapport passe également en revue les systèmes de suivi et d'évaluation en place dans les Etats membres et en tire 15 recommandations pour mieux observer et évaluer la pauvreté et les multiples dimensions du bien-être des enfants. Le rapport a nourri la substance des messages politiques sur la pauvreté des enfants dans le rapport conjoint 2008 sur la Protection et l'Inclusion Sociales.

37441

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

**Croissance et puberté. Evolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques.**

Paris : INSERM : 2008 : 174p., tabl., fig.,  
annexes

Cote Irdes : B6431

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/  
BRP/084000120/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000120/0000.pdf)  
<http://ist.inserm.fr/basisrapports/croissance.html>

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre à la demande du RSI (Régime so-

cial des indépendants, anciennement Canam) concernant la croissance et la puberté, leurs évolutions séculaires, les facteurs environnementaux et génétiques qui les influencent. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du deuxième trimestre 2006.

## ► Exclu

35055

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

***Individuals' use of care while uninsured: effects of time since episode inception and episode length.***

NBER Working Paper Series ; n° 13137  
Cambridge : NBER : 2007/05 : 34p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w13137>

Few studies have addressed how use of care may vary over the course of an episode of being uninsured or across uninsured episodes of varying duration. This research models the probability that an uninsured individual has (a) any medical expenditures or charges, and (b) any office-based visit during each month of an uninsured episode. We find that the ultimate length of an individual's episode of being uninsured bears relatively little on individuals' use of healthcare in any particular month and that the probability of health care utilization rises during the first year of the episode, with more use in the second six months of the year compared to the first six months.

37608

OUVRAGE  
DAMON (J.)

***L'exclusion.***

Paris : Presses Universitaires de France :  
2008 : 126p., tabl., graph.  
Cote Irdes : A3695

Les politiques de lutte contre la pauvreté sont devenues lutte contre l'exclusion. Cela traduit une volonté de prendre en compte non seulement la pauvreté conçue comme une absence ou une faiblesse de revenus mais aussi l'isolement, le besoin ou encore la ségrégation. Cet ouvrage explique ce que signifie raisonner et agir en termes d'exclusion. Il décrit et évalue

les politiques mises en place, enfin il invite à des politiques sociales plus rationnelles.

## ► Illétrisme

35693

RAPPORT  
BERNECHE (F.) / dir., PERRON (B.) / dir.  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé. Québec. CAN

***Développer nos compétences en littéracie : un défi porteur d'avenir : rapport québécois de l'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA), 2003.***

Québec : ISQ : 2006 : 256p., tabl.

Cote Irdes : B6104

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/alphabetsation2003.htm>

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) s'intéresse aux compétences des individus en littératie, c'est-à-dire à certaines des capacités les plus importantes qui permettent de participer pleinement à la vie en société : savoir lire, traiter et analyser l'information écrite. Plus précisément, l'EIACA vise à mesurer le niveau de compétence des individus en compréhension de textes suivis et de textes schématiques, en numérotation et en résolution de problèmes. La collecte de données de l'EIACA a été effectuée en 2003 par Statistique Canada auprès d'un échantillon national d'adultes de 16 ans et plus, lequel comprenait 4 166 répondants du Québec. Le rapport québécois de l'EIACA présente tout d'abord le portrait global des compétences de la population québécoise dans une perspective comparative : évolution depuis l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) de 1994 et comparaisons avec les résultats du Canada et des autres provinces. Il contient également des renseignements détaillés sur plusieurs facteurs associés à la littératie des adultes québécois tels la scolarité, la formation continue, le revenu, la situation par rapport à l'emploi, la langue et le statut d'immigration. Le rapport présente aussi des résultats sur les pratiques de lecture et sur l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC), deux autres facteurs associés aux compétences en littératie.

37649

RAPPORT , INTERNET  
ROOTMAN (I.), GORDON-EL-BIHBETY (D.)  
Association Canadienne de Santé Publique.  
(A.C.S.P.). Ottawa ON. CAN

***Vision d'une culture de la santé au Canada :  
Rapport du Groupe d'experts.***

Ottawa : Association canadienne de santé  
publique : 2008 : 54p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/  
report\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf)

Selon ce rapport réalisé par un Groupe d'experts de l'ACSP, la majorité des Canadiens adultes n'ont pas les compétences nécessaires pour comprendre l'information sanitaire dont ils ont besoin au quotidien. L'illettrisme en santé est associé à une mauvaise santé, et le Groupe juge que la situation au Canada est critique.

## ► Inégalités de santé

36435

DOCUMENT DE TRAVAIL  
BÖCKERMAN (P.), JOHANSSON (E.),  
HELAKORPI (S.), UUTELA (A.)  
Research Institute of the Finnish Economy.  
Helsinki. FIN

***Economic inequality and health: looking  
beyond aggregate indicators.***

*Inégalité économique et santé : regarder au-  
delà des indicateurs agrégés.*

Keskusteluaiheita Discussion Papers; 1104  
Helsinki : Research institute of the Finnish  
Economy : 2007 : 21p., tabl.

Cote Irdes : B6271

[http://www.etla.fi/files/1870\\_Dp1104.pdf](http://www.etla.fi/files/1870_Dp1104.pdf)

This paper examines the relationship between relative income inequality and health in Finland, using individual microdata over the period 1993-2005. Our data allows us to analyse a large spectrum of health indicators. Overall, our results suggest that income inequality is not associated with increased morbidity in the population. The results for women differ to quite a large extent from those of men and the pooled sample. There is evidence that an increase in the Gini coefficient is negatively related to the probability of good physical health and no disability retirement. For men, relative income inequality is clearly not important for health.

36910

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
HALLIDAY (T.)  
University of Hawaii. Department of  
Economics and John A. Burns School of  
Medicine. Manoa. HAW, Institute for the  
Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***Income Volatility and Health.***

*Revenu, volatilité et santé.*

Working paper ; n° 07-29R.

Hawaii : University of Hawaii : 2007/11 : 20p.,  
fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.economics.hawaii.edu/research/  
workingpapers/WP\\_07-29R.pdf](http://www.economics.hawaii.edu/research/workingpapers/WP_07-29R.pdf)

This working paper investigates the impact of exogenous income fluctuations on health using twenty years of data from the Panel Study of Income Dynamics. To unravel the impact of income on health from unobserved heterogeneity and reverse causality, we employ techniques from the literature on the estimation of dynamic panel data models. Contrary to much of the previous literature on health and socio-economic status, we find that, on average, adverse income shocks lead to a deterioration of health. These effects are most pronounced for working-aged men and are dominated by transitions into the very bottom of the earnings distribution. It also provides suggestive evidence of an association between negative income shocks and higher mortality for working-aged men.

37424

RAPPORT , INTERNET  
MARMOT (M.) / préf.  
Department of Health. (D.O.H.). London.  
GBR

***Tackling health inequalities : 2007 Status  
Report on the Programme for Action.***

*S'attaquer aux inégalités de santé : Rapport  
d'état 2007 du programme pour l'action.*

Londres : Department of Health : 2007 :  
166p., index

Cote Irdes : En ligne

[http://www.dh.gov.uk/en/  
Publicationsandstatistics/Publications/  
DH\\_083471](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083471)

If evidence-based policy making were to be honoured in the observance rather than the breach what might it look like? A simple description might be: review the evidence and make recommendations; use these recommenda-

tions as a base to formulate policies; monitor their effects. By this description, action on inequalities in health in England conforms rather well to evidence-based policy making. The Independent Inquiry into Inequalities in Health (the Acheson Inquiry) reviewed the scientific evidence on health inequalities. It made 39 recommendations. Importantly, Acheson took a social model of health. Thirty-six of its (our) recommendations ranged across the whole spectrum of government policy that influences health inequalities. Only three were specifically aimed at the health service. It was then appropriate that a cross-cutting review on health inequalities was conducted by the Treasury with the participation of 18 government departments and agencies. The result was a national Programme for Action. Government Departments entered into 82 commitments aimed at tackling health inequalities. Targets on reduction of health inequalities, for infant mortality and life expectancy were set. A key part of the Programme for Action was to monitor health inequalities and a few key determinants and components. The overseeing of this monitoring task was assumed by the Scientific Reference Group on Health Inequalities. In our first Status Report, 2005, we suggested that time was too short to see any effect of policy changes. Now, two years later, that is still a major issue. It is simply too early to say if too little has been done or the right actions were not taken. Whatever actions were taken between 2003 and 2006 there would be little short-term impact on health inequalities. Nevertheless it is important to keep close watch on what has been happening both to important policy areas such as housing, child poverty and education, as well as to health inequalities.

37712

CHAPITRE  
 CHAUVIN (P) , LEBAS (J.)  
 KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
 BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

***Inégalités et disparités sociales de santé en France.***

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
 2008 : 331-341

Cote Irdes : B6466

## ► Inégalités sociales

34394

DOCUMENT DE TRAVAIL  
 LABEAGA (J.M.), MOLINA (J.A.), NAVARRO (M.)  
 Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
 DEU

***Income satisfaction and deprivation in Spain.***

Bonn : The Institute for the Study of Labor :  
 2007/03 : 40p., tabl.

Cote Irdes : B5886

<http://ftp.iza.org/dp2702.pdf>

The first objective of our paper is to identify the determinants of income satisfaction in Spain, with one of these being relative deprivation, and the second is to measure this relative deprivation, in both monetary and satisfaction terms. To that end, we use data from the eight waves of the Spanish section of the European Community Household Panel (1994-2001). With respect to the first objective, we estimate models for categorical variables in order to test whether subjective satisfaction measures depend on relative deprivation, as well as on other determinants. As for the second objective, we first calculate inequality and polarization indices and then we specifically analyze whether the Spanish tax-benefit system helped to reduce individual deprivation. Our results suggest that the more unequal the income distribution is in a group, the less income satisfied is the individual. Moreover, being unemployed is one of the main determinants of deprivation, although public transfers help to reduce individual deprivation. When we observe the amount of public transfers received, deprivation is reduced up to a certain threshold, beyond which it continues to decline, but at a lower rate.

37657

OUVRAGE  
 BIRD (C.E.), RIEKER (P.P.)

***Gender and health : the effects of constrained choices and social policies.***

*Sexe et santé : les effets des choix contraints et des politiques sociales.*

Cambridge : Cambridge University Press :  
 2008 : 256p., index

Cote Irdes : A3705

[http://rand.org/pubs/commercial\\_books/CB412/](http://rand.org/pubs/commercial_books/CB412/)

Gender and Health is the first book to examine how men's and women's lives and their physiology contribute to differences in their health. In a thoughtful synthesis of diverse literatures, the authors demonstrate that modern societies' health problems ultimately involve a combination of policies, personal behavior, and choice. The book is designed for researchers, policymakers, and others who seek to understand how the choices of individuals, families, communities, and governments contribute to health. It can inform men and women at each of these levels how to better integrate health implications into their everyday decisions and actions.

37660

RAPPORT

Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.). Paris. FRA

**La cohésion sociale. Séminaire 2007.**

Paris : CERC : 2008/05 : 104p., tabl.

Cote Irdes : B6454

[http://www.cerc.gouv.fr/dossiers/cohesion\\_sociale\\_seminaire\\_2007.pdf](http://www.cerc.gouv.fr/dossiers/cohesion_sociale_seminaire_2007.pdf)

La première ambition du séminaire est, à travers l'examen de ses usages, de faire la lumière sur le sens implicite de la notion de cohésion sociale telle qu'elle est mobilisée aujourd'hui et de comprendre en quoi elle diffère du concept original forgé par Durkheim. La fréquence de l'usage de l'expression de cohésion sociale va de pair avec l'absence d'une définition précise comme si le terme relevait d'une évidence qui ne nécessitait aucune explicitation, tout comme des notions aussi communes que liberté ou égalité. Implicitement, dans son acception courante, la cohésion sociale comporte trois composantes : l'égalité, le lien social et l'unité. Elle qualifie un état social dans lequel les écarts entre les individus et les groupes sociaux seraient réduits ou du moins acceptables et où les individus seraient insérés dans des liens d'appartenance leur donnant le sentiment d'être membres à part entière d'une même communauté pacifiée. Au cours de ce séminaire, nous avons questionné la cohésion sociale de deux manières. D'une part, nous nous sommes posé la question de sa signification et des motifs de son utilisation actuelle. D'autre part, nous en avons exploré plusieurs dimensions. Le questionnement théorique a donné lieu à trois séances, une sur les origines et les avatars du concept, une autre sur la notion associée mais distincte de capital social et une troisième sur son approche par les institutions européennes. Nous avons ensuite abordé sept problèmes actuels

qui sont autant de lignes de faille possibles : la crise des valeurs communes, les fractures spatiales, l'interrogation sur les espaces d'appartenance, la pauvreté et l'exclusion, le déficit de reconnaissance de certaines catégories sociales, le marasme des classes moyennes et la crise de la démocratie représentative.

## ► Populations défavorisées

32513

RAPPORT

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

**Rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale : 2007-2008.**

Paris : La documentation française : 2008 : 210p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : B6457

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000261/0000.pdf>

Le cinquième rapport (2007-2008) de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), rendu public le 29 avril, rend compte des évolutions de la pauvreté sur le long terme ainsi que sur la période récente. Le taux de pauvreté monétaire n'a pas augmenté de manière significative depuis les constats de son précédent rapport (2005-2006), constate l'Observatoire. Néanmoins, il ne diminue plus depuis 2002. De plus, on constate une augmentation de l'intensité de la pauvreté. Les personnes pauvres voient leur revenu médian s'éloigner du seuil de pauvreté et leur situation financière relative se dégrader. La comparaison des taux de pauvreté monétaire des pays de l'Union européenne place la France dans une position légèrement plus favorable que la moyenne de ses partenaires. L'Observatoire a également souhaité compléter le diagnostic sur la pauvreté par une analyse de l'évolution des inégalités de revenus, ces deux approches étant complémentaires. Si les données disponibles montrent une légère diminution des inégalités globales sur les dix dernières années, elles ont par contre fortement augmenté entre les très hauts revenus et le reste de la population. La pauvreté est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. Le rapport présente une carte de France par département des taux de pauvreté qui fait apparaître des territoires particulièrement défavorisés dans le nord et l'est, sur le pourtour méditerranéen et dans les départements d'outre-mer. L'isolement est un facteur majeur d'entrée dans la pauvreté, quel que soit l'âge de la personne concernée. Les familles monoparentales

sont particulièrement touchées. Le minimum vieillesse fait l'objet d'un «décrochage» par rapport au seuil de pauvreté. L'emploi est de moins en moins protecteur contre la pauvreté. L'analyse de la situation des travailleurs pauvres montre que 1,74 million de personnes qui occupent un emploi, soit 7 % des travailleurs, sont malgré tout dans un ménage sous le seuil de pauvreté (deux ans plus tôt ils étaient 1,47 million). Leur situation s'explique à la fois par les conditions de leur emploi – temps partiel subi, discontinuité des contrats de travail – et par la composition de leur ménage. Un second volume, intitulé Les Travaux de l'Observatoire, est destiné à rendre accessible à ceux qui le souhaitent l'ensemble des études effectuées pour l'Observatoire et qui ont contribué à nourrir le rapport.

## ► Toxicomanie

37446

RAPPORT , INTERNET  
CADET TAIROU (A.) , GANDILHON (M.) ,  
TOUFIK (A.) , EVRARD (I.)  
Observatoire Français des Drogues et des  
Toxicomanies. (O.F.D.T.). Saint-Denis. FRA

### **Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND.**

Saint-Denis : OFDT : 2008/02 : 191p., tabl.,  
graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000168/0000.pdf>

Pour la huitième année consécutive, ce rapport présente les principaux résultats issus du fonctionnement du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) pendant l'année 2006. Le rapport se structure autour de deux grandes parties : une approche transversale qui s'intéresse aux populations usagères, aux modes d'usage et à l'état de santé des usagers de produits psychotropes ; une approche par produit où sont examinées les caractéristiques propres à chacun d'entre eux. Six thématiques ont été définies afin de structurer les stratégies de collecte et d'analyse des données : les groupes émergents d'usagers de produits, les produits émergents, les modalités d'usage de produits, les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de drogues, les perceptions et les représentations des produits, les modalités d'acquisition de proximité.

## ► Décentralisation

37019

OUVRAGE

SALTMAN (R.B.) / éd., BANKAUSKAITE (V.)  
/ éd., VRANGBAECK (K.) / éd.

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

### **Decentralization in health care.**

*Décentralisation des systèmes de santé.*

Maidenhead : Open University Press ;  
Copenhague : Organisation mondiale de la  
santé, Bureau régional de l'Europe : 2007 :  
298p., tabl., index

Cote Irdes : A3657

[http://www.euro.who.int/document/E89891\\_overview.pdf](http://www.euro.who.int/document/E89891_overview.pdf)

Decentralization has become a popular management strategy in many European health care systems. The logic of decentralization is an intrinsically powerful idea: that smaller organizations, properly structured and steered, are inherently more agile and accountable than larger organizations. In a world where large organizations control wide swathes of both public and private sector activity, the possibility of establishing more locally operated, locally responsible institutions holds out great attraction. This text explores the capacity and impact of decentralization within European health care systems. It examines both the theoretical underpinnings as well as recent practical experiences, drawing on both published literature and evidence collected directly from the field. The book also assesses the appropriateness of management processes in health systems for implementing a successful decentralization strategy.

## ► Disparités régionales

37687

RAPPORT

FLAJOLET (A.)

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

### **Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de**

### **prévention sanitaire.**

Paris : La documentation française : 2008 : (250p.)

Cote Irdes : B6456

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000257/0000.pdf>

Réalisé par la mission relative «aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire», l'une des quatre missions qui doivent permettre de présenter un projet de loi de modernisation du système de santé cet automne (missions Ritter, Larcher et Berland Podeur), ce rapport d'évaluation porte un diagnostic précis sur les différences d'état de santé et d'offre de soins sur le territoire, dresse un état des lieux des actions entreprises par les différents acteurs pour améliorer l'accès aux soins à partir notamment d'une série d'auditions conduites depuis l'automne, et formule des recommandations de nature à réduire les disparités observées. La mission constate la juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire, l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention, la perte de chance qui en résulte spécialement pour ceux qui sont éloignés du soin. Elle recommande de tisser du lien social en plaçant la santé au centre des préoccupations locales, de donner un rôle clairement identifié à chacun et de passer d'une logique de réparation à celle de gestion du patrimoine santé, de saupoudrage des moyens à leur concentration. L'idée phare du rapport est d'instituer des «communautés de santé» permettant de «recréer l'accès aux soins dans les zones déficitaires autour d'un projet de santé commun aux élus et aux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux». A cet égard, la mission propose la conduite d'une expérimentation en vraie grandeur en région Nord-Pas-de-Calais, où les indicateurs des études les plus récentes font état de disparités parmi les plus importantes. Une ébauche de contrat d'objectifs et de moyens prépare la concertation en vue de cette expérimentation. Des préconisations du rapport, Roselyne Bachelot en énumère plusieurs, qu'elle pourrait intégrer à sa prochaine loi Santé, patients et territoires : l'introduction d'une culture de la santé aux âges clés de la vie, ou encore l'idée de faire de l'ARS le guichet unique pour les politiques de prévention de l'Etat (santé en milieu scolaire, santé au travail, santé environnementale, social, médico-social) et de sanctuariser dans les ARS les budgets consacrés à la prévention et la mise en place d'un nouveau mode de rémunération des médecins.

## **► Effets contextuels**

37422

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
MONTEFIORI (M.), RESTA (M.)  
Universita del Piemonte Orientale.  
Department of Public Policy and Public  
Choice (P.O.L.I.S.). Alessandria. ITA

### ***Social influence and neighbourhood effects in the health care market.***

*Influence sociale et effets contextuels dans le marché des soins de santé.*

Working paper ; 109

Alessandria : Universita del Piemonte Orientale : 2008/01 : 21p.

Cote Irdes : En ligne

<http://polis.unipmn.it/pubbl/RePEc/uca/ucapdv/montefiori109.pdf>

This work is intended to analyze the market for health care through a computational approach based on unsupervised neural networks. The paper provides a theoretical framework for a computational model that relies on Kohonen's self organizing maps (SOM), arranged into two layers: in the upper layer the competition dynamics of health care providers is modelled, whereas in the lower level patients behaviour is monitored. Interactions take place both vertically between the layers (in a bi-directional way), and horizontally, inside each level, exploiting neighbourhood features of SOM: signals move vertically from hospitals to patients and vice-versa, but they also spread out sideward, from patient to patient, and from hospital to hospital. The result is a new approach addressing the issue of hospital behaviour and demand mechanism modelling, which conjugates a robust theoretical implementation together with an instrument of deep graphical impact.

37653

OUVRAGE  
BLACKMAN (T.)

### ***Placing health : neighbourhood and renewal, health improvement and complexity.***

*Localiser la santé : effets de voisinage et de renouveau, amélioration de la santé et complexité.*

Bristol : the Policy Press : 2006 : 246p., tabl., index

Cote Irdes : A3702



Where people live matters to their health. Health improvement strategies often target where people live, but do they work? Placing Health tackles this question through an examination of England's Neighbourhood Renewal Strategy and its health targets.

## ► Île-de-France

34336

RAPPORT

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

### **Regards sur la santé des Franciliens.**

Paris : INSEE : 2007/03 : 52p., tabl., graph.  
Cote Irdes : c, B5870

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/idf/rfc/docs/sante\\_avprop.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/rfc/docs/sante_avprop.pdf)

Cet ouvrage, dont la principale source est l'Enquête décennale de santé 2002-2003, est le résultat d'un partenariat entre plusieurs institutions franciliennes, l'Insee, la Direction régionale de l'action sanitaire et sociale, l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie, la Caisse régionale d'assurance maladie et l'Observatoire régional de santé. Les résultats confirment le bon état de santé des Franciliens. Cependant, les inégalités socio-professionnelles en matière de santé sont importantes en Ile-de-France. L'offre de soins, particulièrement développée et concentrée dans la région, est en lien avec un recours aux spécialistes plus fréquent des Franciliens par rapport aux provinciaux.

## ► Planification

36948

ATLAS

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA

### **Atlas hospitalier et médico-social de la FHF : plan d'action pour développer le service public.**

Paris : Fédération Hospitalière de France ; Vitry : Héral : 2007 : 111p., carte  
Cote Irdes : B6368

A l'horizon du SROS 4, cet atlas, réalisé sous l'égide de la Fédération hospitalière de France, dessine un portrait fiable et objectif de l'offre de soins médico-social en France, afin de donner aux hospitaliers et aux décideurs

politiques les éléments qui leur permettront, dans leurs territoires, de prendre les initiatives nécessaires pour consolider l'offre de soins publique. Il souligne le morcellement des établissements et la dispersion des ressources, notamment humaines, comme préjudiciables au maintien et à plus forte raison au développement du service public de qualité..

## ► Politique gérontologique

37658

OUVRAGE

CAUDRON (J.M.), BOHIC (N.)

### **Politiques gérontologiques locales.**

Voiron : Territorial Editions : 2002 : 137p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6453

Réforme de l'APA, loi sur la tarification des EHPAD, loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, plan vieillesse et solidarité, plan de développement des services à la personne, loi relative aux libertés et responsabilités locales, création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie... Ces dernières années ont été riches de mesures en faveur de la vieillesse et du secteur du handicap, d'autant que nous sommes à l'avant-veille de la suppression de la barrière des 60 ans entre être « personne handicapée » ou « personne âgée » (suite à la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Pourquoi une politique gérontologique au niveau communal et départemental ? Comment la mettre en œuvre ? Comment s'y retrouver pour agir concrètement dans une dynamique de développement local ? Comment jouer la complémentarité entre le CCAS, le CLIC, le conseil général, etc. ? Comment concevoir un schéma gérontologique communal ou départemental ? Comment faire pour que le schéma soit le projet de tous les partenaires ? La décentralisation accrue, une chance ? Cet ouvrage est un outil précieux pour vous guider dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique gérontologique qui pourrait devenir un moteur de l'économie et une source d'emplois garantissant l'aménagement du territoire.

## ► Politique de la ville

35385

OUVRAGE

CAVALLIER (G.), CADALBERT (R.),  
ANTONINI (J.C.) et al.  
HERVE (E.) / préf., TASCON-MENNETRIER  
(C.) / préf.,  
Institut des Villes. Paris. FRA

**Villes, santé et développement durable.**

Paris : La Documentation française : 2007 :  
550p., ann.

Cote Irdes : A3596

L'histoire du développement urbain en Europe, depuis la révolution industrielle, montre que la santé est devenue une composante essentielle du travail des urbanistes. La référence à un territoire, et non plus à une population ou à un groupe bien identifié, induit la prise en compte d'analyses plus globales et coordonnées dans les différents champs d'intervention de la collectivité : environnement, social, culture, économie. Car les facteurs influant sur la santé sont tout à la fois des déterminants socio-économiques (habitat, urbanisation, modes de vie, emploi...), psychoculturels (scolarisation, coutumes), géographiques (climat...), démographiques (pyramide des âges), politiques (accès aux soins, protection sociale) que sanitaires. De fortes disparités tant sociales que géographiques demeurent à travers le territoire. Cette étude très fouillée, réalisée à l'instigation de l'Institut des villes et réunissant des élus locaux, des professionnels de la santé, de l'urbanisme et des chercheurs a permis de recueillir les retours d'expériences des politiques urbaines et de santé déjà engagées afin de développer ces initiatives en y associant tous les acteurs du développement local.

37656

OUVRAGE

VIGNERON (E.), HAAS (S.)  
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.**

Paris : La documentation française :  
2007/09 : 125p., tabl., carte

Cote Irdes : A3704

[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/  
catalogue/9782110069788/](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110069788/)

À l'heure où, dans de nombreux territoires, la question de l'avenir des services publics se pose, cet ouvrage se consacre opportuné-

ment au devenir de l'offre de santé dans les villes moyennes. L'objectif est triple : - dresser un tableau comparatif complet de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire des villes moyennes ; - rendre plus lisible le large champ d'intervention des politiques sanitaires et sociales ; - dégager, par une approche prospective, les grandes tendances à l'œuvre en matière d'organisation de l'offre et des investissements. À partir de traitements inédits de très nombreuses données statistiques, ces travaux mettent en lumière la diversité des contextes des villes moyennes tant du point de vue de la densité et de la composition de l'offre de services de soins que du point de vue des besoins de santé de leurs habitants. Les typologies ainsi dégagées permettent de définir des stratégies mieux adaptées aux situations locales. Cet ouvrage est le premier travail synthétique et systématique sur l'offre sanitaire et sociale dans les villes moyennes. Il donne aux élus, aux décideurs, aux porteurs de projets et à tous les citoyens des clés pour comprendre les grandes évolutions en cours et les arbitrages qui se poseront à eux dans un avenir proche.

## MÉDECINE LIBÉRALE

### ► Filière de soins

37540

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
SCHAUMANS (C.)  
Catholic University of Leuven. Center for  
Economic Studies. Leuven. BEL

**Strategic Interaction between General  
Practitioner and Specialists: Implications for  
Gatekeeping.**

*Interaction stratégique entre le médecin gé-  
néraliste et les médecins spécialistes.*

Lewen : Catholic University of Leuven : 39p.,  
tabl, fig

Discussion Paper 08.10

Cote Irdes : En ligne

[https://www.econ.kuleuven.be/eng/ew/  
discussionpapers/Dps08/Dps0810.pdf](https://www.econ.kuleuven.be/eng/ew/discussionpapers/Dps08/Dps0810.pdf)

We propose to estimate strategic interaction effects between general practitioners (GPs) and different specialist types to evaluate the viability threat for specialists associated to the introduction of a mandatory referral scheme. That is, we show that the specialists loss of

patientele when patients can only contact them after a GP referral has important consequences for the viability of the specialist types whose entry decisions are strategic substitutes in GPs entry decisions. To estimate the strategic interaction effects, we model the entry decisions of different physician types as an equilibrium entry game of incomplete information and sequential decision making. This model permits identification of the nature of the strategic interaction effects as it does not rely on restrictive assumptions on the underlying payoff functions and allows for the strategic interaction effects to be asymmetric in sign. At the same time, the model remains computationally tractable and allows for sufficient firm heterogeneity. Our findings for the Belgian physician markets, in which there is no gatekeeping, indicate that entry decisions of dermatologists and pediatricians are strategic substitutes in the entry decisions of GPs, whereas the presence of gynecologists, ophthalmologists and throat, nose and ear-specialists has a positive impact on GP payoffs of entry. Our results thus indicate that transition costs are likely upon the implementation of gatekeeping and that these costs are mainly associated to the viability of dermatologists and pediatricians.

touchent au renforcement de la régulation médicale libérale. L'enquête 2008 démontre une nouvelle fois que les médecins assument vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national. Elle met en exergue l'importance de la concertation avec l'ensemble des partenaires et en premier lieu, les DDASS et les SAMU. Les conseils départementaux ont ainsi réussi, le plus souvent, à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales. On ne peut cependant occulter des difficultés qui fragilisent le dispositif ; certaines sont anciennes comme la pénurie médicale dans certains départements ; d'autres sont apparues plus récemment comme le recours aux médecins de garde pour la pratique d'actes médico-administratifs. Enfin, se profilent, pour 2008, des difficultés liées à la mise en œuvre de l'avenant 27 à la Convention nationale des médecins libéraux. Les résultats de cette enquête apportent un complément indispensable et un éclairage nouveau à la suite du rapport établi par le Docteur Jean-Yves Grall, et remis au ministre de la Santé en août 2007 : « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins ».

## ► Permanence de soins

37277

RAPPORT

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

**Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2008.**

Paris : CNOM : 2008 : 32p., cartes, ann.

Cote Irdes : B6410

<http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pdsquestionnaire2008.pdf>

Pour la 5ème année consécutive le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation. Par rapport à l'année 2006, l'année 2007 est marquée par une pause dans les modifications législatives et réglementaires qui ont affecté le dispositif de permanence des soins depuis 2003. Au plan départemental, on constate également que l'organisation continue à évoluer et à s'adapter mais dans des proportions moindres qu'il s'agisse de la sectorisation, ou de l'ouverture de maisons médicales de garde. Les changements les plus marquants

## ► Pratique médicale

34116

OUVRAGE

MATINE (B), REGNIER (F.)

**Des maux en paroles : conversations sur une pratique médicale multiculturelle.**

Paris : L'Harmattan : 2004 : 162p.

Cote Irdes : A3532

Décrire nos maux nous révèle et nos mots ne décrivent pas seulement une souffrance, ils témoignent aussi de notre culture, de notre identité profonde. Ce livre a pour origine la rencontre entre Bahram Matine, médecin et fin connaisseur des langues et des cultures de l'Est et du Sud de l'Europe et François Régnier, médecin et spécialiste des aspects économiques et sociaux de la santé. On y découvre leurs réflexions sur l'importance de la parole dans les souffrances du corps comme de l'âme, dans un contexte marqué par le brassage des cultures.

37613

RAPPORT, INTERNET

TOLLEN (L.)

Commonwealth Fund. New York. USA

**Physician organization in relation to quality and efficiency of care : a synthesis of recent literature.**

*L'organisation des médecins en relation avec la qualité et l'efficacité des soins ; une synthèse de la littérature récente.*

New York : The Commonwealth Fund :

2008/04 : 30p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Tollen\\_physician\\_org\\_quality\\_efficiency\\_1121.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Tollen_physician_org_quality_efficiency_1121.pdf?section=4039)

Health care providers, researchers, policymakers, and the public have a growing recognition that today's health care delivery system is not organized to take advantage of the many drivers of quality and efficiency, and that the system suffers from underuse, overuse, and misuse of care. Many experts believe that greater (and different) delivery system organization is fundamental to improved quality and efficiency. This report summarizes and presents a framework for understanding recent research literature linking delivery system organizational attributes with health care efficiency and quality. The focus is on physician groups, as physicians represent the core of any organized delivery system. The report also highlights areas for further research and refinement of the framework and discusses whether and how policymakers can promote specific physician group attributes as a means of improving value.

Quel sera l'avenir des médecins généralistes (MG), maillon indispensable de notre système de soins ? L'Académie nationale de médecine s'est penchée sur cette question et a réalisé une enquête auprès de médecins généralistes, de jeunes internes, ainsi que du «grand public» avec l'aide de l'institut BVA portant sur la perception du médecin généraliste et de son rôle en France. Cette étude a été menée en deux temps : une phase quantitative auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 Français d'une part et d'un échantillon représentatif de 500 médecins généralistes d'autre part ; une phase qualitative constituée de 4 réunions de groupe de 2h (2 groupes de médecins, un groupe d'internes se préparant à l'installation, un groupe de jeunes étudiants ayant été tentés de faire médecine mais y ayant renoncé). La phase quantitative a permis de disposer de statistiques fiables sur les perceptions et les situations vécues alors que les réunions de groupe ont permis de mieux comprendre les freins et les leviers repérés lors de la phase quantitative. Ces résultats nous renseignent en premier lieu sur la perception de notre système de soins par le grand public et par les MG. Ils montrent une adhésion au système actuel de soins et surtout une grande préoccupation pour la santé et la Sécurité sociale qui est le 2e domaine prioritaire pour les Français, juste après l'emploi. 69% des français et 82% des MG ont le sentiment que le système de soin va se détériorer dans les années à venir. Les Français s'y sentent donc d'autant plus attachés et le jugent utile à 83% (82% pour les MG).

## ▮ Sondages

37665

RAPPORT, INTERNET

HERMANGE (R.T.), THOMAS (P.A.),

LOISANCE (D.), COUTURIER (D.)

Académie Nationale de Médecine. Paris.

FRA, Institut BVA. Paris. FRA

**Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008.**

Paris : Académie Nationale de Médecine :

2008 :

Cote Irdes : En ligne

<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=30&idLigne=1344>

## HÔPITAL

### ▮ Chirurgie

36174

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. Service Evaluation

des pratiques. Service Évaluation Médico-

Économique et Santé Publique. St Denis La

Plaine. (H.A.S.). FRA

**Chirurgie cardiaque avec ou sans circulation extracorporelle (CEC) : place du second chirurgien.**

St-Denis La Plaine : HAS : 2007/07 : 102p., tabl., annexes

Cote Irdes : B6207

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_second\\_chirurgien\\_en\\_chir\\_cardiaque.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_second_chirurgien_en_chir_cardiaque.pdf)

Ce rapport a évalué la pertinence du second chirurgien en termes d'efficacité et de sécurité et a défini son rôle, les conditions de sa participation et sa qualification. Cette évaluation couvre 241 libellés d'actes de chirurgie cardiaque. Pour 210 de ces actes (tous les actes avec CEC et 50 actes à cœur battant) la présence d'un second chirurgien apparaît nécessaire. Le second chirurgien permet de renforcer la sécurité des actes de chirurgie cardiaque. Il doit être présent sur le champ opératoire pendant toute la durée de la CEC ou pendant la durée des anastomoses vasculaires pour les pontages à cœur battant. Il doit être disponible exclusivement pour l'intervention concernée au sein de l'unité de chirurgie cardiaque, et ne peut intervenir sur un autre acte. Le second chirurgien est un chirurgien inscrit au Conseil national de l'ordre des médecins ou un chirurgien en formation sous la responsabilité du chef de service. L'évaluation de l'impact clinique, organisationnel et économique de la prise en charge ou non du second chirurgien n'a pu être réalisée que partiellement du fait de l'absence de données.

## ▮ Études d'ensemble

37304

OUVRAGE

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

**Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005.**

Paris : La documentation française : 2007 : 85p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3670

<http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2005/es2005.pdf>

Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de tableaux, graphiques et cartes accompagnée d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.

## ▮ Hospitalisation à domicile

37256

OUVRAGE

SENTILHES-MONKAM (A.)

**L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner.**

Paris : L'Harmattan : 2007 : 260p.

Cote Irdes : A3664

L'objectif de cet ouvrage est de proposer tout d'abord un état des lieux de la prise en charge de la fin de vie dans trois HAD (hospitalisation à domicile) françaises en adoptant différents points de vue. Il vise également à améliorer la compréhension de ce qui fonde le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction des patients, de leurs proches et des soignants, et d'identifier des outils potentiels de pilotage pour les équipes soignantes. Enfin, l'auteur propose des solutions pour améliorer l'existant et ce, indépendamment des moyens financiers disponibles.

## ▮ Maladies cardiovasculaires

36911

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
JENSEN (P.J.), WEBSTER (E.), WITT (J.)  
University of Melbourne. Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research. Victoria. AUS

**Hospital Type and Patient Outcomes : An Empirical Examination Using AMI (Acute Myocardial Infarction) Re-admission and Mortality Records.**

*Type de l'hôpital et résultats pour le patient : un examen empirique à partir des données de ré-admission et de mortalité pour infarctus aigu du myocarde.*

Melbourne Institute Report ; 31-07.

Victoria : Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research : 2007/11 : 29p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://melbourneinstitute.com/wp/wp2007n31.pdf>

This paper investigates whether there are differences in patient outcomes across different types of hospitals using patient-level data on re-admission and mortality associated with acute myocardial infarction (AMI). Hospitals are grouped according to their ownership status (private, teaching, non-teaching) and their

location (metropolitan, country and remote country). Using data collected from 130 Victorian hospitals on 19,000 patients admitted to a hospital with their first AMI between January 2001 and December 2003, we consider how treatment affects the likelihood of various outcomes based on unplanned re-admission and mortality. A hazard rate model is used to assess the effect of hospital type on patient outcome. Control variables included in the estimating model are patient-level characteristics such as age, gender, co-morbidity, country of birth, and indigenous, marital and socio-economic status. We find that there are significant differences across hospital types in the outcomes observed for patients presenting with their first AMI – private hospitals persistently outperform teaching, non-teaching and country hospitals. Interestingly, we find that result is that the impact of hospital type is quite robust to the definition of patient outcomes that we adopt and our attribution strategy, but not to whether we include multiple-hospital patients.

## ► Performance

37704

CHAPITRE

LOMBRAIL (P.) , MORET (L.) , NAIDITCH (M.) , BAUBEAU (D.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) , BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

**Performance du système hospitalier.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 51-58

Cote Irdes : B6466

## ► Politique hospitalière

36897

RAPPORT

LARCHER (G.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé  
et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).  
Commission de Concertation Relative aux  
Missions de l'Hôpital. Paris. FRA

**Etat des lieux sur l'hôpital.**

Paris : Ministère chargé de la santé : 2007 :  
12p.

Cote Irdes : B6460

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf>

Ce rapport réalisé par la commission sur les missions de l'hôpital, pilotée par Gérard Lar-

cher, conclue la première phase de ses travaux, et dresse un premier état des lieux de la concertation menée depuis octobre, qui a permis d'identifier les problèmes et les enjeux. Cette commission, installée le 16 octobre 2007, et organisée en cinq groupes de travail, a procédé à une quarantaine d'auditions des fédérations hospitalières, des organisations syndicales, des conférences hospitalières et des doyens, de l'assurance maladie et des organismes complémentaires. Parmi les principaux constats, l'existence d'un service hospitalier public et privé de qualité, reconnu et apprécié, constitue pour notre pays un atout important sur le plan économique et social et un facteur d'attractivité, mais ce système est toutefois assez coûteux. L'information donnée aux usagers a pris une place importante dans le fonctionnement de l'hôpital. Le secteur hospitalier a connu des réformes importantes et restructurantes au cours des dernières années. La continuité des soins est mal assurée. Le système de santé français est caractérisé par une fragmentation et un cloisonnement entre soins de ville et établissements de santé mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. L'offre de soins est éclatée et le concept de service public hospitalier est à repenser. Le pilotage de l'hôpital public est à améliorer et son attractivité à conforter pour les personnels soignants. Les modalités de fonctionnement des établissements de santé privés devront être adaptés. Enfin, les missions d'enseignement et de recherche sont à renforcer.

37635

OUVRAGE

HOLCMAN (R.)

**La fin de l'hôpital public ?**

Rueil-Malmaison : Lamarre : 2007 : 104p.,  
index

Cote Irdes : A3699

L'hôpital public est en péril parce que les réformes hospitalières dont il fait actuellement l'objet - sans précédent dans leur ampleur et dans la brièveté de leur application - sont adossées à un diagnostic erroné de sa situation. L'hôpital public français ne souffre pas d'un management médiocre ou d'un manque d'établissements mais de l'utilisation défectueuse des moyens pourtant considérables qui lui sont consacrés, d'une organisation institutionnelle fragmentée, et d'une lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante. Ce n'est pas une gestion rigoureuse qui fera mourir l'hôpital public,

c'est l'application de remèdes inappropriés. Si rien n'est fait, l'exigence de la plus haute qualité de soins cédera insidieusement la place à un arbitrage coût/avantage alors que l'hôpital prend en charge les accidents de santé parmi les plus graves, dont la technicité et le coût de la réponse thérapeutique dépassent la capacité d'assurance individuelle de l'immense majorité d'entre nous. L'hôpital public est l'un des joyaux de notre pays, l'un des piliers de notre organisation sociale, c'est à ce titre qu'il faut le préserver. À partir de ce constat, cet ouvrage brosse un panorama exhaustif, clair et sans complaisance de la situation actuelle du service public hospitalier. Après une analyse critique des réformes hospitalières en cours d'application, il décrit les transformations qui seraient nécessaires pour sauver l'hôpital public français. Un essai décapant et salutaire qui intéressera soignants et non soignants à l'hôpital, et plus largement toute personne désireuse de comprendre la crise qui affecte ce grand service public.

## ► Qualité des soins

37582

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
DROSLER (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

### ***Facilitating Cross-national comparisons of indicators for patient safety at the health-system level in the OECD countries.***

*Faciliter les comparaisons transnationales des indicateurs concernant la sécurité du patient au niveau du système de santé dans les pays de l'OCDE.*

OECD Health Technical Papers ; 19  
Paris : OCDE : 2008 : 239p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>

This publication was prepared to support the overall work of the OECD Health Care Quality Indicators Project in developing a set of indicators that can be used to raise questions for investigation concerning the quality of care across countries. It provides a manual to facilitate cross national comparisons of indicators for patient safety through the provision of detailed practical advice on calculating each indicator in a selected set of Patient Safety In-

dicators (PSI) utilising national hospital administrative databases.

37609

OUVRAGE  
BATES (P.), MENDEL (P.), ROBERT (G.)

### ***Organizing for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States.***

Oxford : Radcliffe Publishing : 2008 : 252p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A3696

This challenging and highly practical book draws on findings from an international study designed to help practitioners and researchers understand the factors and processes that enable healthcare organizations in the United States and Europe to achieve — and sustain — high-quality services for their users. The in-depth case studies from seven leading hospitals provide an international, evidence-based outlook that focuses on both the organizational and cultural processes of quality improvement. Healthcare policy makers and shapers, including hospital chief executives and national health service directors, will find this book enlightening, as will healthcare researchers and academics, professionals, and clinicians with an interest in quality improvement.

## ► Soins infirmiers

34630

RAPPORT  
WALTER (S.) , GILLET (P.) , TAMBER (W.)  
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (K.C.E.). Bruxelles. BEL

### ***Financement des soins infirmiers hospitaliers.***

KCE Reports ; vol. 53B

Bruxelles : KCE : 2007 : 137p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5805

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=760>

Chaque hôpital belge reçoit son budget de moyens financiers de l'INAMI et du SPF Santé Publique. Ce budget est basé sur une série de paramètres comme le nombre de journées d'hospitalisation, les pathologies traitées et leur gravité, les médicaments, etc. La Belgique est un des rares pays où un certain nombre de paramètres de soins infirmiers sont en outre intégrés dans le financement hospitalier. Ce système accuse maintenant plus de

20 ans d'âge, raison pour laquelle une révision était nécessaire. La détermination correcte du nombre d'infirmiers nécessaires à la prise en charge des besoins en soins du patient et du financement qui en découle, est un exercice complexe. A juste titre, le système actuel est critiqué à ce sujet. Il ne prend en effet en compte ni la pathologie, ni les besoins réels en soins du patient. Certaines unités de soins sont avantagées en termes d'encadrement infirmier, d'autres où un effectif élevé serait bien nécessaire semblent laissées pour compte par le système (ex. gériatrie). De plus, on ne tient pas compte de l'évolution des pratiques. Dans ses conclusions, le KCE indique qu'il est possible de calculer de manière fiable et réalisable le besoin en soins infirmiers des patients. Le modèle KCE vient ainsi pallier un certain nombre de lacunes du système actuel. Il revient maintenant aux responsables politiques de décider s'ils appliqueront cette approche novatrice au financement des soins infirmiers dans les hôpitaux belges. Dans cette étude, le KCE a également confronté la pratique infirmière actuelle aux pratiques recommandées scientifiquement (Evidence Based Nursing). Cet exercice ouvre des perspectives intéressantes pour améliorer, à l'avenir, la qualité et l'efficacité des soins. Actuellement, la recherche scientifique dans le domaine infirmier est relativement maigre et de toute façon insuffisamment présente dans le cursus de formation. Le KCE recommande dès lors une impulsion dans ce domaine.

## ► Temps d'attente

37524

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SICILIANI (L.), STANCIOLE (A.), JACOB (R.)  
University of York. Department of Economics  
and Related Studies. York. GBR

### ***Do waiting times reduce hospital costs?***

*Les temps d'attente réduisent-ils les coûts  
d'hospitalisation ?*

Discussion Papers in Economics ; n° 2008/02  
York : University of York : 2007/08 : 32p., fig.,  
ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/  
dp/0802.pdf](http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0802.pdf)

Using a sample of 137 hospitals over the period 1998-2002 in the English National Health Service, we estimate the elasticity of hospital costs with respect to waiting times. Our cross-sectional and panel-data results suggest that

at the sample mean (103 days), waiting times have no significant effect on hospital, costs or, at most, a positive one. If significant, the elasticity of cost with respect to waiting time from our cross-sectional estimates is in the range 0.4-1. The elasticity is still positive but lower in our fixed-effects specifications (0.2-0.4). In all specifications, the effect of waiting time on cost is non-linear, suggesting a U-shaped relationship between hospital costs and waiting times: the level of waiting time which minimises total costs is always below ten days.

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Études médicales

37266

RAPPORT

BACH (J.F.)

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

FRA

### ***Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme.***

Paris : La documentation française : 2008 :  
19p.

Cote Irdes : B6405

La mission confiée au Professeur Jean-François Bach avait pour objectif de proposer des solutions pour lutter contre l'échec massif des étudiants en fin de première année de médecine (de l'ordre de 80% d'une promotion). Les propositions du rapport ont pour objectif de créer les conditions d'une meilleure orientation des étudiants qui s'inscrivent en première année de médecine, de diminuer le taux de redoublement par une réorientation efficace des étudiants grâce à l'ouverture de nouvelles passerelles au sein de l'université, et enfin de trouver les modalités d'un élargissement des passerelles déjà existantes et permettant d'intégrer un cursus médical après une première formation.



## ► Formation professionnelle

37677

RAPPORT, INTERNET  
BERLAND (Y.)

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

### ***La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner.***

St Denis : Haute Autorité de Santé :  
(2008/04) : 148p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_prof\\_formation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf)

Le présent rapport dresse un état des lieux de l'exercice et des formations ainsi qu'un état des lieux de la formation universitaire des professions de santé et des évolutions en cours. Dans la mesure où les nouvelles coopérations doivent déboucher sur une implication plus importante des professions paramédicales, une grande place est faite à ces professions. De la même manière, quelques-unes de ces professions ont bénéficié d'un plus grand développement du fait notamment de leur implication dans les expérimentations mises en place depuis 2004. Cela étant, les professions médicales et pharmaceutiques sont abordées car la collaboration doit impliquer une bonne connaissance de tous les acteurs de santé.

## ► Transfert de compétences

37675

RAPPORT, INTERNET  
POUTOU (G.) / coord.

Centre National de l'Expertise Hospitalière.  
(C.N.E.H.). Paris. FRA, Haute Autorité de  
Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

### ***Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. Rapport final.***

Saint Denis : Haute Autorité de Santé : 2008 :  
108p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_cneh\\_etude\\_finale\\_2008\\_04\\_16\\_\\_12\\_26\\_17\\_32.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_cneh_etude_finale_2008_04_16__12_26_17_32.pdf)

L'évaluation des 10 expérimentations de délégations de tâches et de pratiques collaboratives entre professionnels de santé, autorisées par l'arrêté du 30 mars 2006, repose sur plusieurs études coordonnées menées par la Haute Autorité de Santé, dont les 2 volets es-

sentiels sont constitués par : - une évaluation quantitative, relative à la faisabilité de la délégation de tâche ou de la pratique collaborative. Il s'agit d'analyser les résultats obtenus à partir des protocoles mis en œuvre au cours des expérimentations, tant en termes de garantie de qualité des actes « transférés » que de temps médical épargné ; - une évaluation qualitative, dont l'objectif est de faire émerger les éléments concrets relatifs aux enjeux, modalités, freins, leviers, et effets de ces modes de coopération expérimentaux, de distinguer les éléments potentiellement généralisables et de repérer les dynamiques de changement associées que cela suppose. Cette 2ème étude, de type sociologique, confiée au CNEH, porte sur les 9 expérimentations menées en milieu hospitalier. L'évaluation qualitative est destinée à identifier et à comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les interrelations entre professionnels, tant du point de vue de leur positionnement au sein de l'organisation que de du point de vue des identités et des cultures professionnelles. L'évaluation s'est attachée à repérer les dynamiques et les logiques de fonctionnement, les systèmes de relations de travail, les contenus du travail au delà de l'efficacité même de l'acte délégué, les interactions entre acteurs, les systèmes de représentation et leurs évolutions, et enfin les conditions de mobilisation des acteurs, leurs peurs et réticences, leurs enjeux et leurs capacités, champs et modalités d'apprentissage. Cette analyse compréhensive se prolonge par la formalisation des enseignements clés tirés de ces expérimentations, en vue d'une éventuelle extension ou généralisation, et de ses incidences sur les contours des métiers médicaux et soignants, sur la sécurité des prises en charge des patients, sur la faisabilité économique et sociale, et sur l'acceptabilité sociale par les acteurs concernés.

## D Automédication

37349

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
AKPALU (W.)  
Fondazione Eni Enrico Mattei. (F.E.E.M.).  
Milan. ITA

***On the Economics of Rational Self-Medication.***

A propos de l'économie de l'automédication rationnelle.

Nota di Lavoro; 5.2008

Milan : Fondazione Eni Enrico Mattei :  
2008/01 : 22p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.feem.it/NR/ronlyres/85ABDB27-7E31-4225-A468-B5C3C47A801B/2499/5091.pdf>

It has been established in the medical literature that self-medicating with imperfect information about either the use of a genuine or counterfeit drug or based on wrong self diagnosis of ailment, which is predominant especially in developing countries, is a risky investment in health capital. This paper models the decision to self-medicate and the demand for self-medicated drugs. We suppose that investment in self-medication depends on the perception of its effectiveness. The results obtained show that the decision to self-medicate depends on the relative price and perceived effectiveness of self-medication, the elasticity of the shadow value of health with respect to the quantity of health capital, and the relative effectiveness of self-medication in reducing the unpredictable changes in health capital. Furthermore, if an individual self-medicates, self-medication becomes a normal good: it increases if income increases; and it obeys the law of demand (i.e. it increases if its price, relative to that of the risk-free medication, decreases). Moreover, we have shown that some optimum subsidy can discourage self-medication.

37637

FASCICULE  
LE PEN (C.) , MARTEL (P.A.) , FLACHAIRE (M.)

***La nouvelle donne de l'OTC.***

IMPACT PHARMACIEN : 2008/04/16 : N°  
200 : 64p.

Cote Irdes : B6451

Plus de 200 spécialités pharmaceutiques vont se trouver en libre accès prochainement. Cet article présente les enjeux de cette réforme et rassemble les points de vue de divers professionnels de la santé : Roselyne Bachelot, Claude Le Pen, etc.

37719

RAPPORT , INTERNET  
Smart Pharma Consulting. Paris. FRA

***La libéralisation de l'accès aux médicaments OTC. Impact du libre accès et à la perte du monopole officinal. Evaluation préliminaire.***

Paris : Smart Pharma Consulting : 2008 :  
15p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.quotipharm.com/Sync/Media/QPH/Libre%20accès%20et%20monopole%20officinal%20V5.pdf>

Cette étude a tenté d'évaluer l'impact de la libéralisation de la distribution de certains médicaments (OTC) sur l'économie de l'officine.

## D Données d'ensemble

37602

OUVRAGE  
HAUSSLER (B.), HOER (A.), HEMPEL (E.),  
STORZ (P.)

***Arzneimittel-Atlas 2007 : der Arzneimittelverbrauch in der GKV.***

Atlas des médicaments en 2007 : la consommation de médicaments au sein de la Sécurité sociale.

Berlin : Institut für Gesundheits-und Sozialforschung ; München : Urban & Vogel : 2007 : 320p.

Cote Irdes : A3694

Cet atlas présente et analyse l'évolution de la consommation pharmaceutique en Allemagne, par classes thérapeutiques et sur la période 1998-2006. Les données proviennent de la base de données de l'assurance maladie allemande.

## ► Dossier pharmaceutique

37470

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

### **Le dossier pharmaceutique (DP).**

Paris : CNOP : 2008/03 : 24p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B6437

<http://www.ordre.pharmacien.fr/presse/index.htm>

Ce dossier de presse fait un bilan de l'état d'avancement du dossier pharmaceutique, alors que l'expérimentation vient d'être généralisée par la Cnil en mars 2008.

## ► Médicaments antibiotiques

36901

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

### **EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) Annual report 2006.**

*Rapport annuel 2006 du système européen de surveillance de la résistance antimicrobienne.*

Bilthoven : RIVM : 2007/10 : 163, tabl., ann.  
Cote Irdes : B6362

[http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202006%20Def\\_tcm61-44176.pdf](http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202006%20Def_tcm61-44176.pdf)

The Annual report 2006 of the European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) brings an unpleasant, but important message: antimicrobial resistance threatens the effectiveness of modern medicine and only changes in consumption attitudes may turn the tide. The report describes the developments between 1999 and 2006 and demonstrates the continuous decline in the effectiveness of antibiotics across Europe. Although this general trend applies to all countries, Scandinavian countries and The Netherlands are less affected and resistance levels are still fairly low. Mediterranean and Eastern European countries witness the fastest deterioration. The antibiotics that lose their effectiveness most rapidly are fluoroquinolones. Also carbapenems, regarded as a last resort treatment for some Gram-negative infections, are threatened by the emergence and spread of new resistance mechanisms such as metallo-beta-lactamases. The only positive trend changes have occurred in Slovenia and France where MRSA proportions have decreased over the

past years due to increased attention paid to infection control in hospitals. In France, a substantial decrease in antimicrobial prescription was achieved through major public campaigning within the last three years. Based on EARSS results, the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) identified antimicrobial resistance as possibly the single biggest threat facing Europe in the area of infectious diseases.

## ► Médicaments orphelins

37433

RAPPORT  
BIGNAMI (F.)  
European Organisation For Rare Diseases.  
(E.U.R.O.R.D.I.S.). Paris. FRA

### **Eurordis survey on orphan drugs availability in Europe.**

*Enquête Eurordis sur la disponibilité des médicaments orphelins in Europe.*

Paris : Eurordis : 2007 :

Cote Irdes : En ligne

<http://www.eurordis.org/IMG/pdf/2007ODsurvey-eurordis.pdf>

Cette étude d'Eurordis présente les résultats de sa 4e enquête sur l'accès aux médicaments orphelins en Europe, qui visait à évaluer l'accès réel des malades à ces médicaments et à identifier les solutions susceptibles d'améliorer la situation. L'enquête portait sur les 22 médicaments orphelins homologués avant le 1er janvier 2006 et leur accès dans les 25 pays de l'Union européenne avant le dernier élargissement, mais aussi en Islande, en Norvège et en Suisse. Ont été interrogés les organismes d'autorisation de mise sur le marché, les membres du COMP (Comité pour les médicaments Orphelins), les autorités nationales compétentes, les membres du MEDEV (Medicine Evaluation Committee) et les groupes de malades. Les dates (d'homologation nationale, de première mise à disposition aux malades et des premières ventes), les prix (à l'usine, pour les pharmacies et pour les patients), les raisons d'indisponibilité des médicaments, le seuil de remboursement et les populations de malades traités ont été demandés. Les résultats parlent d'eux-mêmes. Les pays qui comptent le plus grand nombre de médicaments orphelins accessibles (de 20 à 21 médicaments) sont l'Allemagne, la Finlande, la France et la Suède. Ils sont suivis de près par l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, la République tchèque, le Royau-

me-Uni et la Suisse (de 15 à 19 médicaments orphelins disponibles). Les derniers de la liste sont l'Islande, la Lettonie et la Lituanie, avec seulement 4 médicaments orphelins accessibles. En Italie, en République tchèque et en Slovaquie, les malades (ou leurs organismes nationaux de santé) doivent payer les médicaments orphelins plus de 110 % fois plus cher que la moyenne européenne pour tous les médicaments orphelins (les médicaments orphelins étant souvent intégralement remboursés aux patients). En revanche, les malades vivant en Hongrie, en Espagne et au Royaume-Uni doivent payer jusqu'à 94 % de ce prix pour les mêmes médicaments.

## ► Médicaments psychotropes

37709

CHAPITRE  
ZARIFIAN (E.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

### **Consommation de médicaments psychotropes en France.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 263-266

Cote Irdes : B6466

Pharmacie d'officine

37263

RAPPORT, INTERNET  
VOGLER (S.), ARTS (D.), HABL (C.)  
Osterreichisches Bundesinstitut für  
Gesundheitswesen. (O.B.I.G.). Vienne. AUT  
Commission Européenne. Pharmaceutical  
Group of the European Union. (P.G.E.U.).  
Bruxelles. BEL

### **Community pharmacy in Europe : Lessons from deregulation – case studies.**

*Les pharmacies d'officine en Europe : Leçons tirées de la dérégulation : études de cas.*

Vienne : OBIG : 2008/02 : 122p+13p.

Cote Irdes : B6436

<http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/932/1635/:7267/skin:print>

In the last few years, deregulation of public services has taken place in several Member States of the European Union. One of the sectors targeted is health care, and, among others, the pharmacy business. Pharmacy is,

by tradition a strictly regulated sector, in order to guarantee high quality of and broad accessibility to pharmaceuticals. Typical regulations in the pharmacy sector concern the establishment of new pharmacies (often based on the assessment of the public's needs), ownership issues (pharmacies owned by independent pharmacists, prohibition of pharmacy chains), as well as the quality of the training of pharmacists and other staff working in community pharmacies. The rationale behind deregulation in the pharmacy sector is the expectation that liberalisation will increase competition and thus succeed in lowering, or at least containing, (public) expenditure, while accessibility to and quality of pharmacy services will be, at least, kept stable or even be improved by the opening of new outlets. By now, scientific evidence has not been provided for the arguments in favour of deregulation especially in the pharmacy sector, as no detailed investigation has yet been carried out on this particular issue in Europe. The Pharmaceutical Group of European Union (PGEU) commissioned the Vienna-based, independent research institute ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen/ Austrian Health Institute) to survey and analyse possible effects of deregulation in the pharmacy sector, with a special focus on the accessibility to, the quality of, and the expenditure of pharmacy services. Performance indicators of pharmacy services were developed, analysed and ranked, based on data gathered in selected European countries, analysed and ranked. In addition, to examine the assumption of cost-containment triggered by deregulation, the ÖBIG team performed a single-price comparison of OTC blockbuster.

37265

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

### **La pharmacie d'officine en France : bilan et perspectives - livre blanc.**

Paris : CNOP : 2007/12 : 94p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6404, P29/1

A l'occasion de la présentation de son livre blanc, rendu public hier, l'Ordre national des pharmaciens entend réagir face aux attaques régulières de la grande distribution, reprises dernièrement dans les rapport Attali (21 janvier 2008) ou Beigbeder (13 décembre 2007) sur la question du monopole officinal. Si le livre blanc reconnaît que la grande distribution pourrait contribuer à une baisse des prix des médicaments évaluée entre 5 et 15%, réduire le pharmacien à simple agent de distribution

n'aurait guère de sens. «Les pharmaciens sont aujourd'hui sous-utilisés» estime Jean Parrot, président du conseil de l'Ordre qui plaide pour élargir davantage le champ d'action des officinaux au delà de la simple délivrance du médicament de prescription, qui représente aujourd'hui 80% de leur rémunération. Soulignant que les 23 000 officines françaises assument déjà des tâches de conseil aux patients, de suivi des traitements ou de dépistage, les pharmaciens réclament dans ce livre blanc une reconnaissance légale et une rémunération pour leurs actes qui ne donnent pas lieu à la délivrance de médicaments (Voir l'analyse dans Industrie Pharmaceutique Hebdo, n° 608, 28 février 2008).

37449

RAPPORT

ROCHEFORT (R.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.

(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

**Un commerce pour la ville.**

Paris : Credoc : 2008/02 : 83p.

Cote Irdes : B6433

<http://www.credoc.fr/pdf/Sou/RapportVilleCommerce.pdf>

Ce rapport est organisé en trois parties. La première indique sur quels principes on doit poser les rapports de la ville et du commerce. La deuxième partie fait le point sur des questions prioritaires auxquelles il est important d'apporter des réponses. Enfin la troisième partie rassemble des propositions précises pour assurer le maintien et l'essor du commerce dans la ville et cela dans la diversité des quartiers. Comme le rapport Attali, ce rapport prône pour la sortie des médicaments du monopole pharmaceutique

37469

RAPPORT

DELZANT (N.), LACROIX (Y.), ALLEGOT (S.), KELLER (L.), LIVINEC (M.)

Euler Hermes. Paris. FRA

**La pharmacie mondiale : une restructuration en marche.**

Paris : Euler : 2008 : 36p., tabl.

Cote Irdes : B6435

<http://www.presse-fr.com/20088534/lindustrie-pharmaceutique-mondiale/>

Dans leur étude intitulée " la pharmacie mondiale : une restructuration en marche", les

experts économiques et les experts métiers de l'assureur-crédit Euler Hermes SFAC proposent une grille d'analyse des évolutions touchant le secteur pharmaceutique au plan mondial. Ils soulignent que la rentabilité des laboratoires est touchée par une modification de la demande pharmaceutique mondiale et observent que 2007 marque l'année du décollage du marché générique. En France, la croissance du marché est tirée par les volumes. Les taux de marge se tassent mais résistent grâce aux réductions de charge. Le modèle économique de l'industrie pharmaceutique est à réinventer et passe par des restructurations.

## ► Politique du médicament

37475

RAPPORT , INTERNET

MOSSIALOS (E.) , SRIVASTAVA (D.)

European Observatory on Health Systems and Policies. Bruxelles. BEL, Organisation

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

Régional de l'Europe. Copenhague. DNK

Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki. FIN

**Pharmaceutical policies in Finland: Challenges and opportunities**

*La politique des médicaments en Finlande : challenges et opportunités.*

Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies : 2008 : 141p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91239.pdf>

Health systems are under continuous pressure to meet the demands of their populations. In Finland, one area currently under review is that of pharmaceutical policy. Following a request made by the Health Department, Ministry of Health and Social Affairs (MSAH), this report provides a policy review of the regulatory system of pharmaceutical policies in Finland. This assessment suggests that despite the challenges within a very developed system of pharmaceutical regulation, there are practical options to improve transparency and pricing policies, to strengthen the institutional environment and to improve the development of pharmacotherapy practices. The purpose of this report is not to provide prescriptive solutions but to suggest a range of options for policy-makers to reflect on so as to assist them in the process of policy review. This report offers a range of views from an international perspective and it is intended that this study might

stimulate further debate on the continuing development of pharmaceutical policies.

37708

CHAPITRE  
WARGON (E.)  
KOUCHNER (B.) / préf., BOURDILLON (F.) ,  
BRUCKER (G.) , TABUTEAU (D.) ,

**Politique du médicament.**

In : Traité de santé publique.

Paris : Médecine Sciences Flammarion :  
2008 : 251-262

Cote Irdes : B6466

Prescription

36837

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HEISS (F.) , MCFADDEN (D.) , WINTER (J.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

**Mind the gap ! Consumer perceptions and choices of Medicare Part D prescription drug plans.**

NBER Working Paper Series ; n° 13627

Cambridge : NBER : 2007/11 : 53p.+annexes,  
tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13627>

Medicare Part D provides prescription drug coverage through Medicare approved plans offered by private insurance companies and HMOs. In this paper, we study the role of current prescription drug use and health risks, related expectations, and subjective factors in the demand for prescription drug insurance. To characterize rational behavior in the complex Part D environment, we develop an intertemporal optimization model of enrollment decisions. We generally find that seniors' choices respond to the incentives provided by their own health status and the market environment as predicted by the optimization model. The proportion of individuals who do not attain the optimal choice is small, but the margin for error is also small since enrollment is transparently optimal for most eligible seniors. Further, there is also evidence that seniors over-react to some salient features of the choice situation, do not take full account of the future benefit and cost consequences of their decisions, or the expected net benefits and risk properties of alternative plans.

## ► Prix

36957

DIPLOMES  
TETART (C.)

**Les déterminants du prix des médicaments.**

DESS Economie et Gestion des systèmes de santé.

Paris : Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne : 2002 : 73p.

Cote Irdes : B6369

Ce mémoire porte sur la détermination des prix des médicaments remboursables en ville. En effet, en France, comme dans tous les pays du sud de l'Europe, les prix sont administrés. Ils résultent d'une négociation entre l'Etat, représenté par le Comité Economique des Produits de Santé, et les laboratoires qui font des propositions de prix. Une étude sur la fixation des prix dans les autres pays a permis de déceler les déterminants sur lesquels devait porter l'analyse. Cette analyse s'est déroulée en deux temps : une description des variables, puis une analyse univariée menée avec le test exact de Fischer. Le trop faible effectif des données n'a pas permis d'aboutir à des connaissances irréfutables, mais l'intérêt de cette étude est principalement d'être la première sur ce sujet, et de pouvoir servir de base méthodologique à une étude ultérieure plus complète.

## ► Recherche pharmaceutique

36404

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

**Innovation santé 2015.**

Paris : LEEM : 2007/11 : 167p.

Cote Irdes : B6269

<http://www.leem-recherche.org/etudes.php>

Cet ouvrage dresse un état des lieux de la situation de la recherche médicale française, explicite les principales avancées scientifiques et technologiques et leurs conséquences possibles à la lumière des enjeux médicaux. L'analyse des principaux goulets d'étranglements, des priorités à prendre en compte et des points majeurs sur lesquels faire porter les efforts, permet ensuite de proposer les éléments d'un plan d'action (tiré de l'introduction).

37654

RAPPORT

WEINMANN (N.)

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

***R&D des compagnies pharmaceutiques: ruptures et mutations.***

Paris : Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi : 2008/01 : 170p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6452

[http://www.industrie.gouv.fr/biblioth/docu/dossiers/sect/etude\\_pharma.pdf](http://www.industrie.gouv.fr/biblioth/docu/dossiers/sect/etude_pharma.pdf)

A l'aube du XXIème siècle, les sociétés pharmaceutiques doivent faire face à trois principaux défis et une grande espérance : la volonté de maîtriser la croissance des dépenses de santé par les autorités gouvernementales des pays industrialisés, la réduction de chiffre d'affaires lié à l'arrivée à échéance des brevets de nombreux blockbusters, la baisse de la productivité de la R&D traditionnelle, d'une part ; la mise sur le marché de molécules innovantes provenant des biotechnologies et sources de croissance, d'autre part. Nombre de compagnies se tournent donc vers des médicaments de spécialités innovants et chers, prescrits par des spécialistes ou distribués à l'hôpital. Ces spécialités nécessitent une force de vente moins importante qu'avec des molécules prescrites par des généralistes. D'autre part, les entreprises mettent en place une nouvelle organisation de leur R&D pour répondre à l'enjeu de productivité de la R&D, qu'une meilleure connaissance des rouages du vivant ne suffit pas toujours à résoudre. Cette réorganisation peut également toucher l'ensemble du secteur pharmaceutique. Les ruptures et les mutations des compagnies pharmaceutiques remettront sur le devant de la scène les politiques de santé des Etats et leurs politiques en faveur de la R&D, qui doivent intégrer ces mutations, et avoir des stratégies de pôles territoriaux et d'excellence adaptées à cette nouvelle donne mondiale.

## ► Régulation

37468

RAPPORT

DE BAS (P.), VOLKERINK (B.), VAN GORP (N.)

Ecorys. Rotterdam. NLD

Commission des Communautés

Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

***Study of regulatory restrictions in the field of***

***pharmacies.***

*Etude sur les politiques de dérégulation dans le domaine des médicaments.*

Bruxelles : Commission des Communautés Européennes : 2007/12 : 450 p., tabl.

Cote Irdes : B6434

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/docs/pharmacy/report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/pharmacy/report_en.pdf)

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/docs/pharmacy/appendices\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/pharmacy/appendices_en.pdf)

Ce rapport sur la pharmacie en Europe a été commandé par la Commission européenne auprès de la société d'audit néerlandaise ECORYS Nederland BV. Il a été réalisé entre fin 2005 et juin 2007 et publié ces jours-ci sous la pression des pharmaciens. Cette étude vise à évaluer la façon dont les différentes règles applicables aux pharmacies ont une incidence sur la productivité, l'efficacité allocative et la qualité des services de pharmacie dans les différents États membres. Cette étude est le résultat de près de dix-huit mois de travail et les parties concernées ont été invitées à apporter leur contribution. L'étude fournit une analyse sur la façon dont les différences de réglementations nationales relatives aux pharmacies ont une incidence sur le fonctionnement efficace du marché intérieur, et donc sur la performance du secteur européen des services de pharmacie dans son ensemble. Elle se concentre sur les pharmaciens communautaires dans l'UE-25. Elle conclut sur une évidence : si on supprime toutes les règles qui encadrent la pharmacie, on réalisera effectivement des économies, car les avantages de la dérégulation sont supérieurs aux inconvénients - ce qui légitime de poursuivre la politique européenne menée en ce sens, mais cette étude ignore les spécificités du médicament et du métier de pharmacien.

37583

OUVRAGE

ALEXANDRE (E.)

VION (D.) / préf.

***La régulation des dépenses pharmaceutiques en Europe.***

Paris ; Editions de Santé : 2003 : 456p.

Cote Irdes : A3693

<http://www.amazon.fr/r%C3%A9gulation-d%C3%A9penses-pharmaceutiques-Europe/dp/2864111608>

Déterminer le prix des spécialités pharmaceutiques prises en charge par les organismes de Sécurité sociale est un exercice complexe,

par ailleurs résultat d'un héritage culturel et d'un contexte sociétal variables d'un pays à l'autre. Prix et remboursement, difficilement dissociables, doivent être considérés de façon élargie, dans le cadre des nombreuses réformes nationales développées afin de contenir les coûts publics de la santé, et notamment les dépenses pharmaceutiques prises en charge. Se dégagent des lignes convergentes au niveau des politiques affectant l'offre et la demande pharmaceutiques. Un certain nombre de différences demeurent cependant. La souveraineté des Etats membres en termes d'organisation de leur système de santé, y compris les modalités de régulation des prix et d'admission au remboursement des médicaments, n'exonère pas ceux-ci de l'obligation de se conformer aux dispositions des traités et de l'acquis communautaire, en particulier le principe de libre circulation des marchandises. En outre, la plupart des défis communs à tous les gouvernements font l'objet d'un débat sur le plan communautaire, qu'il s'agisse : de la protection et l'amélioration de la santé de tous les citoyens ; du vieillissement de la population et du financement de ses conséquences par la société ; de l'adéquation optimale des ressources au regard des besoins, entraînant nécessairement une hiérarchisation des choix de santé ; de la mise à disposition de médicaments et techniques médicales nouveaux et chers ; des exigences accrues des consommateurs. Peu à peu les domaines de la santé publique s'inscrivent clairement dans le cadre des compétences partagées.

## TECHNOLOGIES MÉDICALES

### ► Innovations technologiques

34120

OUVRAGE  
LEHOUX (P.)

***The problem of health technology : policy implications for modern health care systems.***

*Le problème des technologies médicales : implications politiques pour les systèmes de santé modernes.*

New York : Routledge : 2006 : 266p., index  
Cote Irdes : A3536

Since the mid-1980s, health care systems have had to adapt to the constant emergence

of technologies and the rising cost of health care services. Nevertheless, we know very little about why certain innovations emerge while others do not, and who makes these decisions. Although industry is often portrayed as the profit-driven "big bad wolf," several groups, including clinicians and governments, play a pivotal role in innovation. One issue that remains largely unacknowledged is the extent to which these groups are interdependent. For instance, the industry branch of government largely supports R&D while health care decision-makers are those holding the purse strings. Industry needs to collaborate with patient associations and the media to promote the idea that rapid access to innovations will benefit the population. And clinicians, who generally wish to increase the scope of their clinical tools, usually build convincing claims about their patients' needs. This lecture will examine how these groups negotiate what innovations should be funded and promoted and how some of their claims become more convincing than others.

37636

OUVRAGE

SORENSEN (C.), DRUMMOND (M.),  
KANAVOS (P.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Danemark.  
DNK, European Observatory on Health  
Systems and Policies. Bruxelles. BEL

***Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union.***

*Assurer la valeur de la monnaie en santé : le rôle de l'évaluation des technologies médicales dans l'Union européenne.*

Observatory Studies Series ; 11

Bruxelles : Observatoire européen des  
systèmes et politiques de santé : 2008 :  
156p.

Cote Irdes : B6450

<http://www.euro.who.int/document/E91271.pdf>

This book provides a detailed review of the role of health technology assessment (HTA) in the European Union. It examines related methodological and process issues in the prioritization and financing of modern health care, and presents extensive case studies on the situation in Sweden, the Netherlands, Finland, France, Germany and the United Kingdom. A number of issues are examined and there is a particular emphasis on the responsibility and membership of HTA bodies, assessment



procedures and methods, the application of HTA evidence to decision-making, and the dissemination and implementation of findings. The book aims to highlight ways in which the HTA process in Europe could be improved by examining key challenges and identifying potential opportunities to support value and innovation in health care.

## D Traçabilité

34638

RAPPORT

Ministère de l'Économie des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Direction Générale des Entreprises. Service des Technologies et de la Société de l'Information. Paris. FRA

**Etude sur les étiquettes électroniques et la traçabilité des objets. Livre vert. Scenarii et actions.**

Paris : MINEFI : 2007/03 : 55p., annexes

Cote Irdes : B5910

[http://www.telecom.gouv.fr/fonds\\_documentaire/rapports/07/livrevert.pdf](http://www.telecom.gouv.fr/fonds_documentaire/rapports/07/livrevert.pdf)

Cette étude menée sous l'égide de la Direction Générale des Entreprises (DGE) a réuni contributeurs étatiques, industriels, chercheurs et universitaires. Elle fait état de la technologie, de ses usages, de ses enjeux et formule des recommandations pour les entreprises et les pouvoirs publics sur cinq thèmes : sécurité et vie privée, applications à la lutte contre la contrefaçon, impact économique de la réglementation sur la traçabilité, mise en œuvre des étiquettes radios, architectures et systèmes d'information associés.

## D Systèmes d'information

36907

OUVRAGE

LAFITTE (M.)

**Les systèmes d'information en santé.**

Paris : Les Editions de santé : 2007 : 302p.

Cote Irdes : A3654

Cet ouvrage est un plaidoyer en faveur du rôle majeur et structurant des technologies de l'information et de la communication dans la mise en place d'un nouveau paradigme organisationnel, en voie d'émergence, celui de l'exercice médical en réseau.

37262

RAPPORT

JEGOU (J.J)

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

**Rapport d'information sur le suivi du référé de la Cour des Comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé.**

Paris : Sénat : 2007 : 327p., ann.

Cote Irdes : B6402

<http://www.senat.fr/rap/r07-035/r07-0351.pdf>

Le présent rapport présente, tout d'abord, les observations de la Commission des finances sur le système actuel d'information de santé français. Puis, il comporte trois annexes : - le référé n° 46485 de la Cour des comptes sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, accompagné de la lettre d'envoi du Premier président de la Cour des comptes au ministre de la santé et des solidarités ; - la réponse du directeur de cabinet du ministre de la santé et des solidarités au référé précité ; - enfin, le chapitre X du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, paru en septembre 2007, intitulé « le partage des données entre les systèmes d'information de santé ». Les réponses adressées aux observations de la Cour des comptes par les ministres, les administrations et les organismes concernés ne sont pas reproduites dans le cadre du présent rapport. Elles sont disponibles sur le site internet de la Cour des comptes à l'adresse suivante : <http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RELFSS/Reponses-min-ad-org.pdf>

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### D Allemagne

37619

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
SCHREYOGG (J.) , GRABKA (M.M.)

German Institute for Economic Research.  
(D.I.W.). Berlin. DEU

**Copayments for Ambulatory Care in Germany : A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach.**

Berlin : German Institute for Economic Research : 2008/04 : 24p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.diw.de/documents/publikationen/73/81490/dp777.pdf>

In response to increasing health expenditures and a high number of physician visits, the German government introduced a copayment for ambulatory care in 2004 for individuals with statutory health insurance (SHI). Because persons with private insurance were exempt from the copayments, this health care reform can be regarded as a natural experiment. We used a difference-in-difference approach to examine whether the new copayment effectively reduced the overall demand for physician visits and to explore whether it acted as a deterrent to vulnerable groups, such as those with low income or chronic conditions. We found that there was no significant reduction in the number of physician visits among SHI members compared to our control group. At the same time, we did not observe a deterrent effect among vulnerable individuals. Thus, the copayment has failed to reduce the demand for physician visits. It is likely that this result is due to the design of the copayment scheme, as the copayment is low and is paid only for the first physician visit per quarter.

## ► Arménie

35542

RAPPORT

HAKOBYAN (T.), NAZARETYAN (M.), MAKAROVA (T.), ARISTAKESYAN (M.), MARGARYANTS (H.), NOLTES (E.) RICHARDSON (E.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### **Armenia : Health Systems Review.**

*Arménie : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 8 ; N° 6

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2006 : 178p., carte, graph., tabl.

Cote Irdes : Bc6095

<http://www.euro.who.int/Document/E89732.pdf>

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Arménie, 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).

## ► Croatie

36194

RAPPORT

VONCINA (L.), JEMIAI (N.), MERKUR (S.), GOLNA (C.), MAEDA (A.), CHAO (S.), DZAKULA (A.)

MOSSIALOS (E.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### **Croatia : Health Systems Review.**

*Croatie : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 8 ; N°7

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2006 : 106p., graph., tabl.

Cote Irdes : Bc6217

<http://www.euro.who.int/Document/E90328.pdf>

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Croatie, 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

37010

RAPPORT, INTERNET

Department of Health. Nova Scotia. Halifax NS. CAN

### **Changing Nova Scotia's Healthcare System : Creating Sustainability through Transforma-**

**tion.**

*Mutation du système de santé de Nouvelle Écosse : comment le rendre soutenable en le transformant ?*

Nova Scotia : Department of Health : 2007/12 : 394p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.gov.ns.ca/health/phsor/PHSOR\\_Integrated\\_Report\\_Dec07.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/phsor/PHSOR_Integrated_Report_Dec07.pdf)

The province of Nova Scotia is taking action on recommendations from a provincial health system operational review to make Nova Scotia's health-care system more effective, efficient and sustainable for all Nova Scotians, now and in the future. The recommendations outlined in the report cover every aspect of the health-care system. It notes Nova Scotia's system is heavily focused hospital-based care, which is the most expensive way to deliver health-care services. It recommends a focus on community-based care, and restructuring across the system.

37083

RAPPORT , INTERNET

Conseil Canadien de la Santé. Toronto TO. CAN, Health Council of Canada. Toronto TO. CAN

***Fixing the Foundation : An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal.***

*Réparer la fondation : une mise à jour sur le renouvellement des soins primaires et de l'hospitalisation à domicile.*

Conseil canadien de la santé : 2007 : Le rapport n'est pas encore en ligne. La fiche est à compléter.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com\\_content&task=view&id=214&Itemid=10](http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=214&Itemid=10)

While the vast majority of Canadians (96 per cent) report having either a regular medical doctor (86 per cent) or regular place they go for primary health care (10 per cent), the Health Council of Canada's latest report reveals that care is not always well coordinated, comprehensive, or available when needed. This report, and the results of a public survey commissioned by the Health Council, calls for action to accelerate primary health care and home care renewal efforts across Canada. The survey, conducted by Statistics Canada in early 2007, is the first of its kind to examine the public's experiences with the health

care system during the previous year. Some 2,200 people participated.

37085

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
O'BRIEN-PALLAS (L.), MURPHY (G.T.), BIRCH (S.), KEPHART (G.), MEYER (R.), EISLER (K.), LETHBRIDGE (L.), COOK (A.)  
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

***Health Human Resources Modeling : Challenging the Past, Creating the Future.***

*Comment modéliser les ressources humaines en santé : défier le passé, créer le futur.*

Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation. : 2007 : 25p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fcrss.ca/final\\_research/ogc/pdf/OBrien-1\\_3\\_25.pdf](http://www.fcrss.ca/final_research/ogc/pdf/OBrien-1_3_25.pdf)

Governments and managers are challenged to ensure that adequate and efficient nursing services are delivered to meet the health needs of Canadians and to support health-system goals. Concerns about nurse supply need to be analyzed with consideration of changing population health needs, the efficient delivery of health services and the workplace concerns of providers. Traditional approaches to health human resource planning have relied on applying current provider-to-population ratios to projected future populations; however, these approaches fall short as changes in population health needs and in provider productivity are not taken into account. Guided by the conceptual framework for health human resource planning developed by O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy and Birch (2005), this program expands existing demographic-focused approaches to health human resource planning by moving beyond considerations of supply and utilization towards an examination of the broader social, political, economic, geographic and technological influences on the health system. Three separate but related projects were undertaken to link population health needs to health human resource planning, to illustrate the value and challenges in using health human resource data to inform policy decisions on nursing productivity and to generate evidence based retention policies to guide nursing workforce sustainability. Using health survey data, project 1 explored the level, distribution and patterns of health indicators by demographic and social strata.

In project 2, productivity was studied by analyzing select acute care nursing services using Management Information Systems data for nursing hours and other inputs and Discharge Abstract Database data for inpatient episodes of care and severity. Project 3 surveyed former nurses and registered nurses across six Canadian jurisdictions.

## ► Danemark

37380

RAPPORT  
STRANDBERG-LARSEN (M.) , NIELSEN (M.B.) , VALLGARDA (S.) , KRASNIK (A.) , VRANGBAECK (K.)  
MOSSIALOS (E.) / éd..  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

### **Denmark: Health Systems Review.**

*Danemark : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 9; N°6

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2007 : 185p., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91190.pdf>

Cette version, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) du Danemark, 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).

37518

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

### **OCDE Economic surveys Denmark 2008.**

Étude économique OCDE sur le Danemark 2008.

Paris : OCDE : 2008 : 200p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/document/16/0,3343,fr\\_2649\\_37407\\_40097744\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,fr_2649_37407_40097744_1_1_1_37407,00.html)

Il est possible de préserver le système d'assurance maladie universel financé par l'impôt, selon l'Étude, mais cela exigera des gains d'efficacité considérables, l'adoption de méthodes de traitement plus économiques, et une volonté de réduire l'ampleur du financement sur fonds publics des soins de longue durée. Par ailleurs, le système de santé devrait devenir plus réactif, afin que soient prises sans tarder les mesures nécessaires en vue d'éviter qu'une situation de maladie ne débouche sur une rupture prolongée des liens avec le marché du travail.

## ► États-Unis

35049

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CUTLER (D.M.) , GLAESER (E.L.) , ROSEN (A.B.)  
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### **Is the US population behaving healthier?**

*La population des États-Unis a-t-elle un comportement plus sain à l'égard de sa santé ?*

NBER Working Paper Series ; n° 13013

Cambridge : NBER : 2007/05 : 35p., fig., tabl.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13013>

In the past few decades, some measures of population risk have improved, while others have deteriorated. Understanding the health of the population requires integrating these different trends. We compare the risk factor profile of the population in the early 1970s with that of the population in the early 2000s and consider the impact of a continuation of recent trends. Despite substantial increases in obesity in the past three decades, the overall population risk profile is healthier now than it was formerly. For the population aged 25-74, the 10 year probability of death fell from 9.8 percent in 1971-75 to 8.4 percent in 1999-2002. Among the population aged 55-74, the 10 year risk of death fell from 25.7 percent to 21.7 percent. The largest contributors to these changes were the reduction in smoking and better control of blood pressure. Increased obesity increased risk, but not by as large a quantitative amount. In the future, however, increased obesity may play a larger role than continued reductions in smoking. We estimate that a continuation of trends over the past three decades to the next

three decades might offset about a third of the behavioral improvements witnessed in recent years.

37270

DOCUMENT DE TRAVAIL  
CHERNEW (M.), DECCICA (P.), TOWN (R.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Managed care and medical expenditures of medicare beneficiaries.***

*Le managed care et les dépenses de santé des bénéficiaires du Medicare.*

NBER Working Paper Series ; n° 13747  
Cambridge : NBER : 2008/01 : 30p., tabl.  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w13747>

This paper investigates the impact of Medicare HMO penetration on the medical care expenditures incurred by Medicare fee-for-service enrollees. We find that increasing penetration leads to reduced health care spending on fee-for-service beneficiaries. In particular, a one percentage point increase in Medicare HMO penetration reduces such spending by 9 percent. We estimate similar models for various measures of health care utilization and find penetration-induced reductions, consistent with our spending estimates. Finally, we present evidence that suggests our estimated spending reductions are driven by beneficiaries who have at least one chronic condition.

37285

RAPPORT , INTERNET  
BRAVEMAN (P.) , EGERTER (S.)  
University of California. Center on Social Disparities in Health. San Francisco. USA  
The Robert Wood Johnson Foundation.  
Washington. USA

***Overcoming Obstacles to Health.***

*Surmonter les obstacles à la santé.*

Princeton : The Robert Wood Johnson Foundation : 2008 : 80p., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.rwjf.org/files/research/obstaclestohealth.pdf>

This report from the Robert Wood Johnson Foundation examines the roles of personal and societal responsibilities for health within the contexts in which people live, work and learn which influence both the choices people have and their ability to make healthy choices;

reviews evidence of the lasting impact that physical and social environments have on a child's health and on his or her chances of becoming a healthy adult; reveals new national evidence of differences in health across income and education groups, and how they relate to differences in health by race or ethnicity; provides new evidence of the economic and human costs of social differences in health, including the life stories of three American families who are trying to make healthy choices but face major obstacles ; offers a framework for finding solutions by applying current knowledge about the underlying causes of social disparities in health.

37291

DOCUMENT DE TRAVAIL  
SHEN (Y.S.) , WU (V.) , MELNICK (G.A.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The changing effect of HMO market structure: an analysis of penetration, concentration and ownership between 1994-2005.***

NBER Working Paper Series ; n° 13775  
Cambridge : NBER : 2008/01 : 25p., tabl., ann.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w13775>

We analyze the role of three aspects of HMO market structure -HMO penetration, HMO plan concentration, and HMO for-profit share on explaining hospital cost and revenue growth during the HMO expansion period (1994-1999) and backlash period (2000-2005). We find that HMO penetration effects differ over time: a 10 percentage point increase in HMO enrollment leads to 2.5 percent reduction in cost and revenues in the expansion period but only 0.4-1 percent reduction in the backlash period. Furthermore, this HMO backlash effect can be attributed to HMO dis-enrollment as well as the changing nature of HMO product. We find that revenue increases at a slower rate (by about 5 percent) in markets with relatively concentrated HMO markets power and more competitive hospital markets. Finally, increased for-profit HMO presence is associated with smaller cost and revenue growth, and the effect differs between low and high penetration markets.

37437

OUVRAGE  
ARNOLD (S.), RELMAN (M.D.)  
LENNE (R.C.) / préf.

***A second opinion : Rescuing America's Health Care.***

*Un deuxième avis : Comment sauver le système de santé américain ?*

New York : Public Affairs : 2007 : 17p+210p.,  
index

Cote Irdes : A3681

The U.S. healthcare system is failing. It is run like a business, increasingly focused on generating income for insurers and providers rather than providing care for patients. It is supported by investors and private markets seeking to grow revenue and resist regulation, thus contributing to higher costs and lessened public accountability. Meanwhile, forty-six million Americans are without insurance. Health care expenditures are rising at a rate of 7 percent a year, three times the rate of inflation. Dr. Arnold Relman is one of the most respected physicians and healthcare advocates in his country. This book, based on sixty years' experience in medicine, is a clarion call not just to politicians and patients but to the medical profession to evolve a new structure for healthcare, based on voluntary private contracts between individuals and not-for-profit, multi-specialty groups of physicians. Physicians would be paid mainly by salaries and would submit no bills for their services. All health care facilities would be not-for-profit. The savings from reduced administrative overhead and the elimination of billing fraud would be enormous. Healthcare may be our greatest national problem, but the provocative, sensible arguments in this book will provide a catalyst for change.

37439

OUVRAGE  
HALVORSON (G.)

***Health Care reform now : a prescription for change.***

*La réforme du système de santé maintenant : une prescription pour le changement.*

San Francisco : Jossey-Bass : 2007 :  
15p+361p., index

Cote Irdes : A3682

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

The United States spends more money on health care than any other country, yet 50 million Americans roll the dice everyday without

health insurance. General Motors spends more on health care than on steel and Starbucks spends more on health care than on coffee. Amazingly, medical-related troubles are the number one reason for personal bankruptcy in the U.S. Health care reform is a pivotal campaign issue, debated by presidential candidates and opinion leaders. Health industry veteran George C. Halvorson, Chairman and CEO of Kaiser Foundation Health Plan, Inc. and Kaiser Foundation Hospitals, is an acknowledged thought leader on this topic. Kaiser Permanente is the nation's largest integrated health plan, serving more than 8.7 million members. Halvorson is also the Board President for the International Federation of Health Plans, an association of 75 independent health plans from 25 countries, giving him a unique perspective from which to offer a solution. The book discusses the critical need for universal health care and offers a passionate yet rational way to solve this country's health care crisis.

36913

RAPPORT , INTERNET , CONGRES  
FEDER (J.)

Georgetown University. Georgetown Public Policy Institute. (G.P.P.I.). Washington DC. USA

***Our Troubled Health Care System: Why Is It So Hard to Fix? Nineteenth Annual Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy.***

*Notre système de santé en péril : pourquoi est-il si dur d'être dans l'embarras ? Neuvième congrès annuel sur la politique de santé du Mémorial Herbert Laurie.*

Neuvième congrès annuel sur la politique de santé du Mémorial Herbert Laurie.

Washington : Georgetown University Public Policy Institute : 2008/01 : 15p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www-cpr.maxwell.syr.edu/pbriefs/pb37.pdf>

This brief draws heavily on Judith Feder, 2004, «Crowd-Out and the Politics of Health Reform,» The Journal of Law, Medicine, and Ethics 32(3): 461-464. We all know that affordable health care is now back on the political agenda, and it's about time! Because all of us--families, businesses, and governments--are struggling with the ever-increasing costs of care. Every year about a million people are added to the rolls of the uninsured. In 2006, it was even more, over 2 million. The number of people without health insurance coverage has reached more than 47 million. People \*with\* insurance are seeing their benefits dwindle

and their health care costs consume their wages. Even people with health insurance find themselves unable to pay their medical bills and going without needed care. The bottom line is that, increasingly, our health insurance system fails to protect us when we get sick.

## ► Europe orientale

36367

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GRAGNOLATI (M.), BREDEKAMP (C.)  
Banque Mondiale. Washington DC. USA

### ***Sustainability of healthcare financing in the Western Balkans : an overview of progress and challenges.***

*Soutenabilité du financement des soins dans les pays de l'Ouest des Balkans : un aperçu des progrès et des challenges.*

Policy Research Working Paper Series ; n° 4374.

Washington : Banque mondiale : 2007 : 36p., tabl

Cote Irdes : B6234

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:wbk:wbrwps:4374&r=hea>

This paper explores the major challenges to the sustainability of health sector financing in the countries of the Western Balkans - Albania, Bosnia and Herzegovina, the Former Yugoslav Republic of Macedonia, Montenegro, Serbia and the province of Kosovo. It focuses on how the incentives created by the different elements of the healthcare financing system affect the behavior of healthcare providers and individuals, and the resulting inefficiencies in revenue collection and expenditure containment. The paper analyzes patterns of healthcare expenditure, finding that there is some evidence of cost containment, but that current expenditure levels - while similar to that in EU countries as a share of GDP - are low in per capita terms and the fiscal space to increase expenditures is extremely limited. It also examines the key drivers of current healthcare expenditure and the most significant barriers to revenue generation, identifying some key health reforms that countries in the sub-region could consider in order to enhance the efficiency and sustainability of their health systems. Data are drawn from international databases, country institutions, and household surveys.

## ► Monde

35436

RAPPORT  
KOURILSKY (P.)

### ***Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale.***

Paris : La Documentation française : 2007 : 320p.

Cote Irdes : C, B6052

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000174/0000.pdf>

La nécessité d'une organisation renforcée de la santé publique dans le monde, notamment dans le champ des maladies infectieuses, s'impose chaque jour davantage. Les actions menées en matière d'alerte, de surveillance des maladies infectieuses sont-elles suffisantes ? Dans le périmètre ainsi défini, la France a-t-elle élaboré une stratégie de recherche adéquate ? Quelles sont les missions et les réalisations respectives des acteurs français de recherche ? Sont-elles bien coordonnées ? Comment la France se positionne-t-elle aux échelles européenne et mondiale pour faire face aux enjeux et défis des menaces sanitaires mondiales des années à venir ? Telles sont les questions auxquelles, dans un esprit de critique constructive, ce rapport tente d'apporter des éléments de réponse.

37020

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

### ***Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008 : la lutte contre le changement climatique.***

New York : United Nations Publications : 2007 : 382p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3658

[http://hdr.undp.org/en/media/hdr\\_20072008\\_fr\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_fr_complete.pdf)

[http://hdr.undp.org/en/media/hdr\\_20072008\\_fr\\_cover\\_cut.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_fr_cover_cut.pdf)

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/french/>

Le changement climatique est le principal défi pour le développement humain du XXI<sup>e</sup> siècle. Notre incapacité à relever ce défi pourrait anéantir les efforts internationaux de lutte contre la pauvreté. Bien qu'ils aient le moins contribué au problème, les pays et les populations les plus pauvres seront les premiers

et les plus sérieusement touchés. À plus long terme, aucun pays ne sera épargné, aussi riche et puissant soit-il. Le Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008 montre que le changement climatique n'est pas seulement un scénario futur. L'exposition croissante aux sécheresses, aux inondations et aux tempêtes ruine déjà les perspectives d'avenir de nombreux pays et renforce l'inégalité. En attendant, il est maintenant scientifiquement prouvé que nous nous rapprochons du point auquel une catastrophe écologique irréversible deviendra inévitable. L'indifférence face au changement pointe en effet dans une direction claire : un basculement sans précédent du développement humain pour nous et des risques élevés pour nos enfants et nos petits-enfants. Nous avons encore la possibilité d'éviter les conséquences les plus catastrophiques du changement climatique, mais plus pour longtemps : le monde a moins de dix ans pour changer de direction. Les mesures que nous allons prendre ou non dans les années qui viennent auront un impact profond sur l'avenir du développement humain. Le monde ne manque ni de ressources financières, ni de capacités technologiques pour agir. Il manque seulement d'un sentiment d'urgence, de solidarité humaine et d'un intérêt commun. Comme l'explique le Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, le changement climatique représente un défi à plusieurs niveaux. Dans un monde divisé mais écologiquement interdépendant, il nous oblige à réfléchir à la manière de mieux gérer la seule chose que nous ayons tous en commun : la Terre. Il nous oblige à repenser la justice sociale et les droits de l'homme à travers les pays et les générations. Il oblige les responsables politiques et les citoyens des pays riches à reconnaître leur responsabilité historique vis-à-vis du problème et à réduire rapidement et radicalement leurs émissions de gaz à effets de serre. Il oblige enfin et surtout la communauté humaine dans son ensemble à prendre rapidement des mesures collectives efficaces basées sur des valeurs communes et une vision partagée.

## ► Norvège

36915

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CARLSEN (F.), GRYTTE (J.), SKAU (I.)  
University of Oslo. Dental Faculty Medicine.  
Oslo. NOR, Norwegian University of Science  
and Technology. Department of Economics.  
Trondheim. NOR

### ***Service Production and Patient Satisfaction in Primary Care.***

*Production de services et satisfaction des patients en soins primaires.*

Working Paper Series ; n° 2007-8.

Trondheim : Norwegian University of Science  
and Technology : 2007/12 : 23p., 3 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.svt.ntnu.no/iso/  
WP/2007/8Treatment%20satisfaction.pdf](http://www.svt.ntnu.no/iso/WP/2007/8Treatment%20satisfaction.pdf)

The institutional setting for the study was the primary physician service in Norway, where there is a regular general practitioner scheme. Each inhabitant has a statutory right to be registered with a regular general practitioner. There are large differences between physicians in service production. Objective: We studied whether difference in services production between physicians has an effect on how satisfied patients are with the services that are provided. Methodology: Data about patient satisfaction were obtained from a survey of a representative sample of the population. We obtained data about how satisfied the respondents were with waiting time to get an appointment and with two aspects of the quality of care they actually received: the amount of time the physician spent with them, and to what extent they perceived that the physician took their medical problems seriously. The survey data were merged with data on service production for the primary physician that the respondent was registered with. Service production was measured as the number of consultations per person on the list, and as the number of laboratory tests per consultation. Results: There was a positive and relatively strong association between the level of service production of the general practitioners and patient satisfaction with waiting time for a consultation. The association was weaker for satisfaction with the quality of care the respondents actually received. Conclusion: A high level of service production can be justified, since it increases patient satisfaction, particularly satisfaction with access to services.



## ► Portugal

36193

RAPPORT  
BARROS (P.), DE ALMEIDA SIMOES (J.)  
ALLIN (S.) / éd., MOSSIALOS (E.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.  
(O.M.S.). Observatoire Européen des  
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.  
BEL

### **Portugal : Health Systems Review.**

*Portugal : point sur le système de santé.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 9 ;  
N°5

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :  
2007 : 140p., carte, graph., tabl.

Cote Irdes : Bc6216

<http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) du Portugal, 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).

## ► Royaume-Uni

34870

RAPPORT  
DONALDSON (L.)  
Department of Health. (D.H.). London. GBR

### **Health is global. Proposals for a UK government-wide strategy.**

*La santé est globale. Propositions pour une stratégie gouvernementale de grande envergure au Royaume-Uni.*

Londres : Department of Health : 2007/04 :  
63p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5964

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&dID=134304&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=134304&Rendition=Web)

This report provides the rationale for a UK global health strategy. A coherent strategic fra-

mework is essential if the UK is to maximise its impact on global health. The report outlines the need for an international approach if we are to protect the health of the UK population, reduce global poverty and harness the opportunities of globalisation. In today's world, neither global nor domestic health problems can be solved by one country acting alone; concerted partnership is necessary at both national and international level. This report is not in itself a strategy document. It sets the scene and raises a number of questions. It will be used over the coming months as a basis for engaging with partners across government and beyond to develop, together, a coherent and effective UK global health strategy. The report builds on the 2005 UK G8 and EU Presidencies. Global health featured strongly in both.

35216

RAPPORT  
Integrated Care Network. (I.C.N.). Londres.  
GBR

### **The role of public health in supporting the development of integrated services.**

Londres : ICN : 2007/05 : 48p.

Cote Irdes : B6027

Ce document de discussion présente un portrait de la pratique de santé publique, souligne quelques uns des outils et techniques qui peuvent être utilisés dans la conception et l'évaluation de l'intégration des services et explique comment ils peuvent être utilisés comme levier de changement. Il s'adresse aux gestionnaires et professionnels impliqués dans la gestion et la dispensation des services en Angleterre. On y présente des études de cas qui montrent de quelle façon les techniques de santé publique peuvent être appliquées.

37545

RAPPORT , INTERNET  
SMITH (P.) / Préf.  
Office of Health Economics. (O.H.E.).  
Londres. GBR

### **Report of the Office of Health Economics Commission on NHS Outcomes, Performance and Productivity**

Londres : OHE : 2008/03 : 108p., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ohe.org/lib/iiDownload/579/Embargo%20OHE%20Commission%20Report%20until%2011am%2018.03.08.pdf?CFID=419900&CFTOKEN=74379259>

Knowing the outcomes achieved by health services is essential to being able to achieve the greatest benefit, the best patient care, from the resources used. The effectiveness, efficiency and accountability of the UK NHS all depend on knowing the outcomes it is achieving. Creating an informed population, able to engage fully in its health care and exercise meaningful choice depends on measures and analyses of outcomes information being available. The groups responsible for commissioning NHS health care for their local populations need information on outcomes to help decide where best to spend their limited funds so as to give the greatest benefit to patients. Information on achieved health outcomes can also help clinicians and managers to compare and improve performance. Measuring health outcomes is a crucial element of assessing NHS productivity; measuring activity without information on patient outcomes is an increasingly unsatisfactory substitute for our real interest: the health benefits achieved for patients. Many different measures of outcomes are used in research, but none is yet routinely collected and used by the NHS to measure what it is achieving with the huge resources it employs. The time has come to establish outcomes measurement as a matter of routine practice nationally. It was with this strong belief that the Office of Health Economics decided, in the autumn of 2006, to establish a Commission on NHS Outcomes, Performance and Productivity. This report brings together the results of the OHE Commission's deliberations and the research it commissioned and sets out recommendations for making a reality of outcomes measurement throughout the NHS.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

### ► Performance

35194

OUVRAGE  
DLUGACZ (Y.D.)

***Measuring health care : using data for operational, financial, and clinical improvement.***

*Mesure des soins de santé : utilisation des données qualitatives pour des améliorations opérationnelles, financières et cliniques.*

San-Francisco : Jossey-Bass : 2006 :  
21-213p., index

Cote Irdes : A3588

This invaluable guide shows students and professionals how measurements and data can be used to balance quality services and financial viability and how measures can help to evaluate and improve organizational, clinical, and financial processes. The book explains the various performance measurement methods used in health care and shows their practical impact on clinical patient outcomes.

### ► Recommandations

37269

RAPPORT  
GOLDBERG (M.) / coor., CHEVALIER (A.),  
LECLERC (A.), LESIEUR (S.), RICORDEAU  
(P.), SALMI (R.), SASCO (A.)

***Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie.***

Bordeaux : ADELFF : 2007 : 30p.

Cote Irdes : B6407

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/INFOS/DOCS/Recommandations%20-%20Version%20finale-France-Aout%202007.pdf>

Réalisée par un groupe ad-hoc de l'Adelf sous la direction de Marcel Goldberg, avec la collaboration d'autres organismes : EPITER-AEEMA-ADEREST, cette version finale des recommandations et bonnes pratiques en épidémiologie révisée les recommandations publiées en 1998. La présente version est scindée en deux parties, précédées d'un avertissement et d'un glossaire. La première partie permet de prendre connaissance des principes fondamentaux qui régissent la pratique de l'épidémiologie, sous toutes ses formes. La seconde propose des recommandations précises aux investigateurs qui préparent, mettent en oeuvre et diffusent les résultats d'une étude épidémiologique, ainsi qu'à ceux qui commandent ou financent de telles études.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### ► Assurance maladie

35456

DOCUMENT DE TRAVAIL  
EINAV (L.), FINKELSTEIN (A.), SCHRIMPFF  
(P.)

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

***The welfare cost of asymmetric information : evidence from the UK annuity market.***

NBER Working Paper Series ; n° 13228

Cambridge : NBER : 2006/07 : 32p., tabl., annexes.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13228>

Much of the extensive empirical literature on insurance markets has focused on whether adverse selection can be detected. Once detected, however, there has been little attempt to quantify its importance. We start by showing theoretically that the efficiency cost of adverse selection cannot be inferred from reduced form evidence of how "adversely selected" an insurance market appears to be. Instead, an explicit model of insurance contract choice is required. We develop and estimate such a model in the context of the U.K. annuity market. The model allows for private information about risk type (mortality) as well as heterogeneity in preferences over different contract options. We focus on the choice of length of guarantee among individuals who are required to buy annuities. The results suggest that asymmetric information along the guarantee margin reduces welfare relative to a first-best, symmetric information benchmark by about £127 million per year, or about 2 percent of annual premiums. We also find that government mandates, the canonical solution to adverse selection problems, do not necessarily improve on the asymmetric information equilibrium. Depending on the contract mandated, mandates could reduce welfare by as much as £107 million annually, or increase it by as much as £127 million. Since determining which mandates would be welfare improving is empirically difficult, our findings suggest that achieving welfare gains through mandatory social insurance may be harder in practice than simple theory may suggest.

37272

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTLER (D.M.) , FINKELSTEIN (A.) , MCGARRY (K.)

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

***Preference heterogeneity and insurance markets : explaining a puzzle of insurance.***

NBER Working Paper Series ; n° 13758

Cambridge : NBER : 2008/01 : 20p., tabl., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13758>

Standard theories of insurance, dating from Rothschild and Stiglitz (1976), stress the role of adverse selection in explaining the decision to purchase insurance. In these models, higher risk people buy full or near-full insurance, while lower risk people buy less complete coverage, if they buy at all. While this prediction appears to hold in some real world insurance markets, in many others, it is the lower risk individuals who have more insurance coverage. If the standard model is extended to allow individuals to vary in their risk tolerance as well as their risk type, this could explain why the relationship between insurance coverage and risk occurrence can be of any sign, even if the standard asymmetric information effects also exist. We present empirical evidence in five different insurance markets in the United States that is consistent with this potential role for risk tolerance. Specifically, we show that individuals who engage in risky behavior or who do not engage in risk reducing behavior are systematically less likely to hold life insurance, acute private health insurance, annuities, long-term care insurance, and Medigap. Moreover, we show that the sign of this preference effect differs across markets, tending to induce lower risk individuals to purchase insurance in some of these markets, but higher risk individuals to purchase insurance in others. These findings suggest that preference heterogeneity may be important in explaining the differential patterns of insurance coverage in various insurance markets.

37510

DOCUMENT DE TRAVAIL

BHATTACHARYA (J.) , PACKALEN (M.)

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

***The Other Ex-Ante Moral Hazard in Health.***

NBER Working Paper Series ; n°13863

Cambridge : NBER : 2008/03 : 26p., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w13863>

It is well known that public or pooled insurance coverage can induce a form of ex-ante moral hazard: people make inefficiently low investments in self-protective activities. This paper points out another ex-ante moral hazard that arises through an induced innovation externality. This alternative mechanism, by contrast, causes people to devote an inefficiently high level of self-protection. As an empirical example of this externality, we analyze the innovation induced by the obesity epidemic. Obesity is associated with an increase in the incidence

of many diseases. The induced innovation hypothesis is that an increase in the incidence of a disease will increase technological innovation specific to that disease. The empirical economics literature has produced substantial evidence in favor of the induced innovation hypothesis. We first estimate the associations between obesity and disease incidence. We then show that if these associations are causal and the pharmaceutical reward system is optimal the magnitude of the induced innovation externality of obesity roughly coincides with the Medicare-induced health insurance externality of obesity. The current Medicare subsidy for obesity therefore appears to be approximately optimal. We also show that the pattern of diseases for obese and normal weight individuals are similar enough that the induced innovation externality of obesity on normal weight individuals is positive as well.

## ► Consommation de drogues

37531

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
TAUCHMANN (H.), GOHLMANN (S.),  
REQUATE (T.), SCHMIDT (C.M.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

### ***Tobacco and Alcohol: Complements or Substitutes? A Structural Model Approach.***

*Tabac et alcool : compléments ou substitués ?  
Une approche par un modèle structurel.*

Bonn : The Institute for the Study of Labor :  
2008/03 : 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3412.pdf>

The question of whether two drugs – namely alcohol and tobacco – are used as complements or substitutes is of crucial interest if side-effects of anti-smoking policies are considered. Numerous papers have empirically addressed this issue by estimating demand systems for alcohol and tobacco and subsequently calculating cross-price effects. However, this traditional approach often is seriously hampered by insufficient price-variation observed in survey data. We therefore suggest an alternative instrumental variables approach that statistically mimics an experimental study and does not rely on prices as explanatory variables. This approach is applied to German survey data. Our estimation results suggest that a reduction in tobacco consumption results in a moderate reduction in alcohol consumption. It is shown theoretically that this implies that alco-

hol and tobacco are complements. Hence, we conclude that successful anti-smoking policies will not result in the unintended side-effect of an increased (ab)use of alcohol.

## ► Économie de la santé

36953

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL  
HIMANSHU SEKHAR (R.), NARAYAN C  
HANDRA (N.)

### ***Health and Health Economics : a conceptual framework.***

*Santé et économie de la santé : un cadre conceptuel.*

Munich : Munich Personal RepEc Archive :  
2007 : 9p.

Cote Irdes : En ligne

[http://mpira.ub.uni-muenchen.de/6546/1/MPRA\\_paper\\_6546.pdf](http://mpira.ub.uni-muenchen.de/6546/1/MPRA_paper_6546.pdf)

Over the last three decades, treating health economics as an independent scientific discipline and providing specific treatment to the topics related to the economics of the health care sector have become more and more common. Currently, the field is so well established that it has appeared in the ordinary curriculum of most universities, and even if health economists are mainly to be found in the medical departments, the connections to economics proper are being strengthened, and the methodologies applied are getting refined. In this connection the paper highlights about the concept of health, why does health matter, relationship between health and Health Economics, and the justification of health economics.

## ► Indicateurs de santé

37432

OUVRAGE, INTERNET  
PENICHEON (D.)  
NHS Institute for Innovation and  
Improvement. Coventry. GBR, Association of  
Public Health Observatories (A.P.H.O.). York.  
GBR

### ***The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators***

*Guide des bons indicateurs : comprendre comment utiliser et choisir des indicateurs.*

Coventry : NHS Institute for Innovation and  
Improvement. : 2008 : 36p., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>

This guide is intended to be a short, practical resource for anyone in any health system who is responsible for using indicators to monitor and improve performance, systems or outcomes.

## ▮ Morbidité ressentie

29581

DOCUMENT DE TRAVAIL  
HERNANDEZ-QUEVEDO (C.), JONES (A.J.), RICE (N.)  
University of York. Department of Economics and Related Studies. York. GBR

### **Reporting bias and heterogeneity in self-assessed health. Evidence from the British Household Panel Survey.**

*Biais dû à la transmission d'information et hétérogénéité de la morbidité ressentie : évidence à partir de l'enquête panel britannique réalisée auprès des ménages.*

Discussion Papers in Economics ; 2004/18.  
York : University of York : 2004 : 30p., 8 tabl.  
Cote Irdes : B6213

<http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0418.pdf>

This paper explores reporting bias and heterogeneity in the measure of self-assessed health (SAH) used in the British Household Panel Survey (BHPS). The ninth wave of the BHPS includes the SF-36 general health questionnaire, which incorporates a different wording to the self-assessed health variable used at other waves. Considerable attention has been devoted to the reliability of SAH and the scope for contamination by measurement error; the change in wording at wave 9 provides a form of natural experiment that allows us to assess the sensitivity of panel data analyses to a change in the measurement instrument. In particular, we investigate reporting bias due explicitly to the change in the question. We show how progressively more general specifications of reporting bias can be implemented using panel data ordered probit and generalised ordered probit models. Our results suggest that the distribution of SAH does shift at the ninth wave but there is little evidence that this varies with socio-economic characteristics at an individual level.

## ▮ Sas

37718

OUVRAGE  
LITTELL (R.C.), MILLIKEN (G.A.),  
STROUP (W.W.), WOLFINGER (R.D.),  
SCHABENBERGER (O.)

### **SAS for mixed models.**

*SAS pour les modèles mixtes.*

Cary : SAS Institute : 2006 : XII-813p.  
Cote Irdes : B6467

The indispensable, up-to-date guide to mixed models using SAS?. Discover the latest capabilities available for a variety of applications featuring the MIXED, GLIMMIX, and NLMIXED procedures in this valuable edition of the comprehensive mixed models guide for data analysis, completely revised and updated for SAS?9. The theory underlying the models, the forms of the models for various applications, and a wealth of examples from different fields of study are integrated in the discussions of these models: random effect only and random coefficients models split-plot, multilocation, and repeated measures models hierarchical models with nested random effects analysis of covariance models spatial correlation models generalized linear mixed models nonlinear mixed models Professionals and students with a background in two-way ANOVA and regression and a basic knowledge of linear models and matrix algebra will benefit from the topics covered. Includes a free CD-ROM with example SAS code.

## ▮ Statistique

37004

OUVRAGE  
MORGAN (S.L.), WINSHIP (C.)

### **Counterfactuals and causal inference : methods and principles for social research.**

*Analyse contrefactuelle et inférence causale : méthodes et principes pour la recherche sociale.*

New York : Cambridge University Press :  
2007 : XI-319p., tabl., graph., fig., index  
Cote Irdes : A3656

Did mandatory busing programs in the 1970s increase the school achievement of disadvantaged minority youth? Does obtaining a college degree increase an individual's labor market earnings? Did the use of the butterfly ballot in some Florida counties in the 2000 presiden-

## D Conditions de vie

tial election cost Al Gore votes? If so, was the number of miscast votes sufficiently large to have altered the election outcome? At their core, these types of questions are simple cause-and-effect questions. Simple cause-and-effect questions are the motivation for much empirical work in the social sciences. This book presents a model and set of methods for causal effect estimation that social scientists can use to address causal questions such as these. The essential features of the counterfactual model of causality for observational data analysis are presented with examples from sociology, political science, and economics (4e de couverture)..

37255

OUVRAGE  
GELMAN (A.), HILL (J.)

**Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models.**

*Analyse de données au moyen de modèles de régression ou de modèles multiniveau/hierarchique.*

New York : Cambridge University Press :  
2007 : 12-625p., tab., graph.

Cote Irdes : A3663

Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models is a comprehensive manual for the applied researcher who wants to perform data analysis using linear and non-linear regression and multilevel models. The book introduces a wide variety of models, whilst at the same time instructing the reader in how to fit these models using available software packages. The book illustrates the concepts by working through scores of real data examples that have arisen from the authors' own applied research, with programming codes provided for each one. Topics covered include causal inference, including regression, poststratification, matching, regression discontinuity, and instrumental variables, as well as multilevel logistic regression and missing-data imputation. Practical tips regarding building, fitting, and understanding are provided throughout.

37536

OUVRAGE, INTERNET  
Eurostat. Office Statistique des  
Communautés Européennes. (O.S.C.E.).  
Luxembourg. LUX

**La vie des femmes et des hommes en Europe. Un portrait statistique. Edition 2008.**

Luxembourg : Office des publications  
officielles de la Communauté européenne :  
2008 : 244p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-80-07-135/FR/KS-80-07-135-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-80-07-135/FR/KS-80-07-135-FR.PDF)

Cette publication décrit les situations des femmes et des hommes aux différentes étapes de leurs vies. Elle commence par couvrir les enfants, leur enseignement et formation initiale. Les différences possibles entre les femmes et les hommes dans l'âge auquel ils quittent la maison familiale et dans leurs modes de vie sont également montrées. Elle examine alors des femmes et des hommes dans leur vie professionnelle, se concentrant sur leurs différentes perspectives professionnelles, les positions respectives occupées et leurs capacités et stratégies pour réconcilier la poursuite d'une carrière professionnelle avec les responsabilités familiales. La partie analytique finale est une étude des femmes et des hommes au-delà de l'âge de la retraite, y compris le revenu qu'ils ou elles reçoivent des pensions et d'autres sources. Qu'ils ou elles continuent à travailler ou pas, leurs circonstances de ménage, leur santé et relations sociales sont d'autres sujets traités dans la publication.

## D Familles monoparentales

35472

RAPPORT  
EYDOUX (A.), LETABLIER (M.T.)  
GEORGES (N.) / collab.  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

**Les familles monoparentales en France.**

Noisy-le-Grand : CEE : 2007/07 : 112p.,  
tabl., annexes.

Cote Irdes : B6075

[http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/familles\\_monoparentales\\_france\\_rap36.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/familles_monoparentales_france_rap36.pdf)

Ce rapport explore la catégorie des « familles monoparentales », la diversité des situations qu'elle recouvre, et les défis qu'elle pose à l'heure actuelle aux politiques publiques. La diversification des trajectoires familiales a fragilisé les familles dites « monoparentales », particulièrement concernées par la pauvreté et la précarité de l'emploi et des conditions de vie. Importé en France dans les années 1970, le concept de « famille monoparentale » émerge comme catégorie des politiques familiales et sociales. Statistiquement, les familles monoparentales sont définies par l'Insee comme constituées d'une mère ou d'un père de famille sans conjoint avec un ou plusieurs enfants. Elles constituent une population en forte augmentation, et ce faisant, la proportion d'enfants vivant dans de telles familles croît constamment. Certaines de ces familles se distinguent par un cumul de vulnérabilités : jeunesse du parent et de ses enfants, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage à la précarité de l'emploi. Le risque de pauvreté est donc élevé pour elles. Les politiques publiques ont mis en œuvre des dispositifs de soutien, non seulement sous forme de prestations et d'allocations mais également sous forme d'aides au recouvrement des pensions familiales ou à la pacification des conflits parentaux. Toutefois, ces politiques se trouvent confrontées à de nouveaux défis, comme en témoignent les récents rapports publics.

text in public economics covers the core topics market failure and taxation as well as recent developments in the political economy and public choice literatures. It is unique not only in its broad scope but in its balance between public finance and public choice and its combination of theory and relevant empirical evidence. After introducing the theory and methodology of public economics and reviewing the efficiency of the competitive equilibrium, the book presents a historical and theoretical overview of the public sector. It then discusses departures from efficiency, including imperfect competition and asymmetric information; issues in political economy, including rent-seeking (a topic often omitted from other texts); equity; taxation issues, including tax evasion and its consequences; fiscal federalism and tax competition among independent jurisdictions; and the intertemporal issues of social security and economic growth. This text introduces the reader to the theory of public economics and the most significant results of the analysis, providing an overview of the current state of the field. It is accessible to anyone with a background of intermediate microeconomics and macroeconomics and can be used in advanced undergraduate as well as graduate courses. Although the mathematics has been kept to a minimum, the book remains analytical rather than discursive. Annotated suggestions for further reading and numerous exercises are included at the end of each chapter.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

### ► Économie publique

37206

OUVRAGE

HINDRIKS (J.), MYLES (G.D.)

***Intermediate public economics.***

*Economie publique intermédiaire.*

Cambridge : The MIT Press : 2006 :

17p+724p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3661

<http://mitpress.mit.edu/catalog/item/default.asp?type=2&tid=10865>

Public economics studies how government taxing and spending activities affect the economy--economic efficiency and the distribution of income and wealth. This comprehensive

### ► Emploi

34851

DOCUMENT DE TRAVAIL

LEMIERE (J.) , PERRAUDIN (C.) , PETIT (H.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

***Les pratiques de gestion du travail et de l'emploi en France et leur conséquences sur les salariés.***

Paris : CEE : 2006/12 : 32p., tabl., fig., graph., annexes.

Cote Irdes : B5959

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/determinants\\_satisfaction\\_travail\\_europe\\_doc76.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/determinants_satisfaction_travail_europe_doc76.pdf)

Cet article propose de mettre en lumière les différents modes de gestion de l'emploi et du travail développés par les établissements français à la fin des années 1990. L'objectif est d'apporter un éclairage sur les contextes de gestion et d'organisation du travail dans

lesquels évoluent les salariés. Cinq profils sont spécifiés à partir de variables décrivant la gestion de la main-d'oeuvre et l'organisation du travail présentes dans l'enquête Réponse de 1998. Deux modes de gestion dessinent les contours d'un marché primaire transformé et modernisé, alors que les trois autres modes témoignent de l'hétérogénéité du marché secondaire et précisent ses caractéristiques propres au-delà d'une simple définition en creux. Cette typologie permet de porter un regard nouveau sur certains questionnements classiques dans l'analyse du marché du travail : quels sont les établissements ayant recours aux emplois atypiques ? Sont-ils ceux développant les pratiques de gestion de l'emploi les plus restrictives ? Quelles relations entre modes de gestion et développement de nouvelles formes d'organisation du travail ? La crainte du chômage est-elle présente uniformément sur le marché du travail ? Où trouve-t-on les établissements les plus destructeurs et créateurs d'emplois ? (Résumé d'auteur).

34890

DOCUMENT DE TRAVAIL  
LANG (K.) , MAJUMDAR (S.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***The pricing of job characteristics when markets do not clear : theory and policy implications.***

NBER Working Paper Series ; n° 9911  
Cambridge : NBER : 2003/08 : 33p., fig., tabl.  
Cote Irdes : P193  
<http://www.nber.org/papers/w9911>

This paper examines nonsequential search when jobs vary with respect to nonpecuniary characteristics. In the presence of frictions in the labor market, the equilibrium job distribution need not show evidence of compensating wage differentials. The model also generates several pervasive features of labor markets: unemployment and vacancies, apparent discrimination, and market segmentation. When workers are homogeneous, restrictions on the range of job offers decrease welfare and cannot reduce unemployment. However, when workers have heterogeneous preferences, such restrictions may lower unemployment and can even lead to a Pareto-improvement in welfare. We consider the impact of policies banning discrimination, regulating working-conditions and imposing a minimum wage.

35855

RAPPORT  
DAVOINE (L.) , ERHEL (C.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

***La qualité de l'emploi en Europe : une approche comparative et dynamique.***

Document de travail ; 86  
Noisy-le-Grand : CEE : 2007/05 : 43p., fig., tabl.  
Cote Irdes : B6155  
[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/qualite\\_emploi\\_europe\\_doc86.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/qualite_emploi_europe_doc86.pdf)

La qualité de l'emploi est un concept multidimensionnel et toutes les dimensions pertinentes ne sont pas prises en compte dans la liste des indicateurs définie au Sommet européen de Laeken, dans le cadre de la Stratégie européenne pour l'emploi. Sur la base de cette liste, mais également d'indicateurs complémentaires, l'article met en évidence des performances hétérogènes en Europe. L'analyse de données (ACP) et la classification font apparaître trois groupes de pays : les pays nordiques (incluant le Royaume-Uni), les pays continentaux et les pays du Sud. Mais ces positions sont nuancées par une analyse désagrégée autour de quatre dimensions : sécurité de l'emploi, formation, conditions de travail et conciliation entre vie privée et vie familiale. L'analyse longitudinale (à partir des cartes de Kohonen et d'un indicateur synthétique) suggère une stabilité de ces regroupements depuis les années 1980, même si on observe des phénomènes de convergence partielle en fin de période.

37081

DOCUMENT DE TRAVAIL  
RATHELOT (R.) , SILLARD (P.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Etudes et

***Zones franches urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissements ?***

Synthèses Economiques. Paris. FRA  
Document de travail ; 2007/11  
Paris : INSEE : 2007/11 : 39p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B6397  
[http://www.insee.fr/fr/nom\\_def\\_met/methodes/doc\\_travail/docs\\_doc\\_travail/g2007-11.pdf](http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/g2007-11.pdf)

Quarante et une Zones Franches Urbaines (ZFU) de deuxième génération ont été créées



le 1er janvier 2004 pour remplacer certaines Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU). Au sein des ZFU, les établissements bénéficient pour une durée de cinq ans d'exonérations de charges patronales, d'impôt sur les sociétés, de taxe professionnelle et de taxe foncière. Les premières ZFU datent de 1997 et une troisième vague a suivi en 2006. Pour autant, l'efficacité du dispositif n'a jamais fait l'objet d'une évaluation économétrique au niveau national. Dans cette étude, nous tentons d'évaluer l'effet propre du dispositif ZFU sur l'emploi salarié et les créations d'établissements, en nous appuyant sur la transition entre ZRU et ZFU survenue en 2004. Pour cela, nous mobilisons des données d'entreprises et de recensement à un niveau infra-communal. Nous utilisons des méthodes de différences de différences et d'appariement pour tenter de tenir compte du biais de sélection. Nous identifions finalement un impact positif et significatif de la mesure sur le taux de croissance des flux d'établissements et du stock d'emploi. Néanmoins cet impact est économiquement faible lorsqu'on le rapporte au coût de la mesure (le coût net des ZFU créées en 2004 est d'environ 125 millions d'euros pour l'année 2005).

37501

OUVRAGE  
CALLENDO (M.)

***Microeconomic evaluation of labour markets policies.***

*Evaluation microéconomique des politiques de l'emploi.*

New York : Springer : 2006 : 17p+258p., tab.  
Cote Irdes : A3685

The evaluation of labour market and other public policies has become increasingly important in recent years. In an era of tight government budgets, a thorough analysis of these measures is imperative. This book provides a comprehensive overview and assessment of the most relevant microeconomic evaluation methods. It focuses on the popular propensity score matching method and gives extensive guidance for its implementation. In the second part of the book, this method is used to evaluate the employment effects of job creation schemes on the participating individuals in Germany. Based on a large administrative dataset of over 11,000 participants, the study allows to draw policy-relevant conclusions for the first time.

## ► Politique économique

36195

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

***Etudes économiques de l'OCDE : France.***

Paris : OCDE : 2007 : 172p., graph., tabl.  
Cote Irdes : A3629

Alors que la conjoncture s'éclaircit quelque peu et que la situation budgétaire s'améliore, cette étude économique de la France 2007 analyse certains défis de long terme à relever ; les résultats des politiques de l'éducation et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont satisfaisants, voire meilleurs dans beaucoup de domaines, mais leur efficacité-coût peut être améliorée et les efforts à fournir doivent être davantage centrés sur l'emploi. La politique économique a commencé à se préparer à l'impact économique du vieillissement démographique, mais il faut continuer à chercher à limiter les coûts budgétaires. Cette étude examine les réformes nécessaires afin d'encourager la compétitivité, promouvoir le système de protection sociale et améliorer la « soutenabilité » des finances publiques à long terme.

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

### ► Analyse des besoins

37819

OUVRAGE  
LE COADIC (Y.F.)

***Le besoin d'information : formulation, négociation, diagnostic.***

Paris : ADBS : 2008 : 204p.  
Cote Irdes : Ue547

La prise en compte du besoin d'information est au cœur de l'approche orientée-usager de la fonction d'information. L'analyse de ce besoin exige que soient connues les raisons qui conduisent une personne à s'engager dans un processus de recherche d'information. Cette analyse se fait d'abord en aidant l'utilisateur à formuler par questionnaire son besoin d'information. Vient ensuite la phase de négociation de ce besoin par l'instauration d'une interaction informationnelle où alternent questions et réponses. À l'issue de l'interaction - qu'elle

s'établit entre deux personnes, entre une personne et un ordinateur ou entre deux personnes par l'intermédiaire d'un ordinateur - apparaît tout naturellement un diagnostic du besoin d'information de l'utilisateur. L'analyse de ce besoin d'information fait appel à des méthodes sociales et à des techniques d'étude et d'évaluation auxquelles doivent être formés les professionnels des secteurs de l'information, de la documentation, des bibliothèques, des archives, des musées, de l'édition, des médias : mieux ils maîtriseront ces nouvelles compétences interactives et diagnostiques, mieux le besoin d'information sera compris et meilleur sera l'usage finalement fait de l'information et des systèmes d'information.

## ▮ Dictionnaires

34382

OUVRAGE

SCHMITT (E.), ANTIER (D.), BERNHEIM (C.), DUFAY (E.), HUSSON (M.C.), TISSOT (E.)

Société Française de Pharmacie Clinique (S.F.P.C.). Pessac. FRA

***Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse.***

Pessac : Société Française de Pharmacie Clinique : 2006 : 64p.

Cote Irdes : Ub539

[http://www.adiph.org/sfpc/Dictionnaire\\_SFPC\\_EM.pdf](http://www.adiph.org/sfpc/Dictionnaire_SFPC_EM.pdf)

Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse a pour objectif de fonder l'emploi d'un langage commun relatif à la problématique de l'erreur médicamenteuse, notamment dans la perspective d'un décloisonnement des professions de santé impliquées dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient, en établissement de soins ou en hébergement comme en soins primaires. Le travail académique entrepris par cette société savante contribue à actualiser la définition de l'erreur médicamenteuse en l'enrichissant des acquis les plus récents en matière d'erreur humaine et de gestion des risques. En complément des définitions présentées, et pour dissiper tout risque d'erreur dans leur interprétation, le dictionnaire inclut aussi des schémas pédagogiques sur le risque médicamenteux ainsi qu'une présentation didactique de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient hospitalisé ou résident (alias «circuit du médicament»). Enfin, en indiquant en toute transparence les sources employées et en présentant les 67 termes et définitions anglo-

saxons consultés, cette première édition du dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse se présente délibérément comme un outil de travail évolutif à l'attention aussi des chercheurs œuvrant dans ce domaine encore insuffisamment étudié.

## ▮ Ntic

37079

FASCICULE

BIGOT (R.), CROUTTE (P.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.

(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Ministère de l'Economie - 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, Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.). Paris. FRA

***La diffusion des technologies de l'information dans la société française.***

Paris : Credoc : 2007/12 : 210p., 101 tabl., 61 graph.

Cote Irdes : B6396

[http://www.art-telecom.fr/uploads/tx\\_gspublication/etude-credoc-2007.pdf](http://www.art-telecom.fr/uploads/tx_gspublication/etude-credoc-2007.pdf)

57 % des internautes ont déjà effectué des démarches administratives ou fiscales par Internet. Au total, cela représente 19 millions de personnes, soit 4 millions de plus qu'en 2006. La proportion était de 47 % en 2006 et de 39 % en 2005, révèle l'étude menée par le CREDOC pour l'ARCEP (Autorité de Régulation des Communications électroniques et des Postes) et le CGTI (Conseil Général des Technologies de l'Information) sur la diffusion des technologies de l'information dans la société française. La recherche d'emploi sur Internet atteint des scores très significatifs. De même, la recherche d'informations médicales est une activité des plus répandues : 26 % de l'ensemble de la population (et 41 % des internautes) ont fait une telle démarche. L'accès à l'informatique et à Internet sur les lieux de travail et d'études repart enfin à la hausse, après avoir connu une pause de deux années (en 2005 et 2006). 44 % des actifs ont accès à Internet sur leur lieu de travail (+ 5 points cette année). Par ailleurs, plus de 1600 personnes ont répondu à la première vague de la consultation en ligne «Ensemble Simplifions», visant à recueillir l'avis des usagers sur les démarches administratives à simplifier en priorité.

## ► Presse

37818

OUVRAGE  
ALBERT (P.)

### **La presse française.**

Paris : La documentation française : 2008 :  
215p., tabl.

Cote Irdes : Ue546

Cette nouvelle édition sur la presse française rassemble les données les plus récentes sur les aspects techniques, institutionnels, économiques, sociologiques...du secteur.

## ► Recherche documentaire

36904

ARTICLE  
BAZI (R.)  
MATILLON (Y.) / dir., MAISONNEUVE (H.) /  
dir.  
BACHELOT-NARQUIN (R.) / préf.

### **La recherche documentaire.**

L'évaluation médicale : de la pratique aux  
résultats.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion :  
2007 : 143-157

Cote Irdes : A3653

## ► Recueil de données

37633

REPERTOIRE  
HAWE (E.)  
Office of Health Economics. (O.H.E.).  
Londres. GBR

### **Compendium of health statistics : 19th edition 2008.**

Recueil des données statistiques en santé :  
19ème édition 2008.

Londres : OHE : 2008 : 295p., tabl., graph.,  
fig.

Cote Irdes : SE (GBR) 2008

Ce recueil de données statistiques a pour but de fournir des statistiques d'ensemble sur le NHS (National Health Service) au Royaume-Uni. Les deux premières parties présentent des données sur la démographie, sur la santé, et sur le financement du NHS, en comparaison avec les pays de l'OCDE (Organisation

de Coopération et de Développement Economique). Les deux parties suivantes sont plus axées sur la Grande Bretagne et fournissent des chiffres sur l'hôpital et sur les activités du FHS (Family Health Services) qui regroupe les soins de médecins généralistes, la pharmacie, les soins dentaires et ophtalmiques. Un glossaire et une liste de références bibliographiques figurent en fin de document.

## ► Sources d'information

37471

OUVRAGE, REPERTOIRE  
Institute of Health Economics. (I.H.E.).  
Alberta. Canada  
Health Technology Assessment on the Net : A  
Guide to Internet Sources of Information.

### **Evaluation des technologies de santé accessibles sur le net : un guide des sources d'information sur internet.**

Alberta : IHE : 2007 : 26p.

Cote Irdes : Ue344

[http://www.ihe.ca/documents/ihe/publications/reports/IHE\\_Report\\_Health\\_Technology\\_Assessment\\_on\\_the\\_Net\\_Jun\\_2007.pdf](http://www.ihe.ca/documents/ihe/publications/reports/IHE_Report_Health_Technology_Assessment_on_the_Net_Jun_2007.pdf)

The purpose of an HTA is to provide health care decision-makers with the evidence they need to make informed decisions concerning the introduction, allocation and cost effective use of medical technologies. This guide by the Institute of Health Economics focuses on Internet sites, particularly those that may be useful for people involved in health care in Alberta, Canada



## ► **Index des auteurs**



## A

Académie Nationale de Médecine.....	52
AGHION (P.).....	23, 30
AKPALU (W.).....	58
ALBERT (P.).....	83
ALBESON (J.).....	18
ALBREHT (T.).....	25
ALEXANDRE (E.).....	63
ALEXE (D.M.).....	25
ALLEGOT (S.).....	61
ALLENDER (S.).....	35
ALLIN (S.).....	73
ANDREWS (D.).....	31
ANTIER (D.).....	82
ANTONINI (J.C.).....	50
ARFEUX-VAUCHER (G.).....	40
ARISTAKESYAN (M.).....	66
ARNOLD (S.).....	70
ARTS (D.).....	60
Association Canadienne de Santé Publique. (A.C.S.P.).....	44
Association of Public Health Observatories (A.P.H.O.).....	76
Autorité de Régulation des Copmmunications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.).....	82
AZOGUI-LEVY (S.).....	36

## B

BACHELOT-NARQUIN (R.).....	83
BACH (J.F.).....	56
BANKAUSKAITE (V.).....	47
Banque Mondiale.....	30, 71
BARNAY (T.).....	32
BARRE (R.).....	32
BARROS (P.).....	73
BATES (P.).....	55
BATTESE (G.E.).....	17
BAUBEAU (D.).....	54
BECK (F.).....	25
BERLAND (Y.).....	57
BERNECHE (F.).....	43
BERNHEIM (C.).....	82
BESSON (E.).....	40
BESSON (I.).....	40
BHATTACHARYA (J.).....	75
BIGNAMI (F.).....	59

BIGOT (R.).....	82
BIRCH (S.).....	67
BIRD (C.E.).....	45
BLACKMAN (T.).....	48
BLOOM (D.E.).....	22
BÖCKERMAN (P.).....	44
BOHIC (N.).....	49
BORSCH-SUPAN (A.).....	38
BOURDILLON (F.).....	28, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 54, 60
BOY-LEFEVRE (MARIE-LAURE).....	36
BRAS (P.L.).....	31
BRAVEMAN (P.).....	69
BREDENKAMP (C.).....	71
BRUCKER (G.).....	28, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 54, 60
Bureau Régional de l'Europe.....	19, 27, 66, 68, 73
BUSSE (R.).....	30

## C

CADALBERT (R.).....	50
CADET TAIROU (A.).....	47
CALLENDO (M.).....	81
Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.) ...	30
CANNING (D.).....	22
CARCILLO (S.).....	17
CARLSEN (F.).....	72
CARPENTER (C.).....	28
Catholic University of Leuven.....	50
CAUDRON (J.M.).....	49
CAUSSAT (L.).....	30
CAVALLIER (G.).....	50
Center for Health Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).....	18
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.).....	24, 61, 82
Centre de Recherches Economiques - Sociologiques et de Gestion. (C.R.E.S.G.E.).....	29
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).....	39, 78, 79, 80
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.....	55
Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.).....	57
Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.).....	24
CETTE (G.).....	23, 30
CHAO (S.).....	66
CHAUVIN (P.).....	45
CHERNEW (M.).....	69
CHEVALIER (A.).....	74

CHEVALLEY (C.).....	29
CHOUAID (C.).....	35
COELLI (T.J.).....	17
COHEN (E.).....	23, 30
COHEN (J.C.).....	26
COLEMAN (M.P.).....	25
Commission de Concertation Relative aux Missions de l'Hôpital.....	54
Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.).....	37
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.).....	63
Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation.....	20
Commission Européenne. (C.E.).....	23, 41, 42, 60
Commonwealth Fund.....	52
Conseil Canadien de la Santé.....	67
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.).....	23, 30
Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.).....	46
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).....	40
Conseil Economique et Social. (C.E.S.).....	20
Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.).....	82
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	51
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.).....	59, 60
Conseil Supérieur du Travail Social. (C.S.T.S.).....	21
COOK (A.).....	67
COUTURIER (D.).....	52
CRAPLET (M.).....	34
CROUTTE (P.).....	82
CUTLER (D.M.).....	68, 75

## D

DAB (W.).....	27
DAMON (J.).....	43
DARGENT-PARE (C.).....	36
DAVE (D.).....	33
DAVOINE (L.).....	80
DE ALMEIDA SIMOES (J.).....	73
DE BAS (P.).....	63
DECCICA (P.).....	69
DELMAS (M.C.).....	35
DELOACH (S.B.).....	21
DELZANT (N.).....	61
Department of Health. (D.O.H.).....	44, 66, 73
Department of Public Policy and Public Choice	

(P.O.L.I.S.).....	48
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).....	53
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.).....	26, 55
Direction Générale de l'Action Sociale. (D.G.A.S.).....	21
Direction Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances.....	23, 41, 42
Direction Générale de l'Emploi. (D.G.E.).....	63
Direction Générale des Entreprises. Service des Tech- nologies et de la Société de l'Information.....	65
DLUGACZ (Y.D.).....	74
DONALDSON (L.).....	73
DORANGE (M.).....	40
DROSLER (S.).....	55
DRUMMOND (M.).....	64
DUFAY (E.).....	82
DUTHILLEUL (A.).....	20
DZAKULA (A.).....	66

## E

ECALLE (F.).....	32
EGERTER (S.).....	69
EINAV (L.).....	74
EISLER (K.).....	67
Elon University.....	21
ERHEL (C.).....	80
ETTELT (S.).....	19
European Heart Network. (E.H.N.).....	35
European Observatory on Health Systems and Policies.....	61
European Organisation For Rare Diseases. (E.U.R.O.R.D.I.S.).....	59
Eurostat.....	78
EVRARD (I.).....	47
EYDOUX (A.).....	78

## F

FALBA (T.).....	37
FANTIMO (B.).....	18
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.).....	49
FEDER (J.).....	70
FINKELSTEIN (A.).....	74, 75
FLACHAIRE (M.).....	58



FLAJOLET (A.).....	47
FLETCHER (J.).....	37
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.).....	67
Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.).....	40
Fondazione Eni Enrico Mattei. (F.E.E.M.).....	58
FUHRMAN (C.).....	35

## G

GALLO (W.T.).....	37
GANDILHON (M.).....	47
GAUSSENS (J.).....	40
GAUTIER (A.).....	25
GAUVIN (F.P.).....	18
GELMAN (A.).....	78
GEORGES (N.).....	78
Georgetown Public Policy Institute. (G.P.P.I.).....	70
Georgetown University.....	70
GERICKE (C.).....	30
German Institute for Economic Research. (D.I.W.).....	65
GIET (R.).....	18
GILLET (P.).....	55
GIRAUD (F.).....	37
GISSEROT (H.).....	39
GLAESER (E.L.).....	68
GLIED (S.A.).....	32
GOHLMANN (S.).....	76
GOLDBERG (M.).....	39, 74
GOLNA (C.).....	66
GORDON-EL-BIHBETY (D.).....	44
GRABKA (M.M.).....	65
GRAGNOLATI (M.).....	71
GRESENZ (C.R.).....	43
GRYTTEN (J.).....	72
GUEGANO (Y.).....	23
GUILBERT (P.).....	25
GUNNANSSON (V.).....	17

## H

HAAS (S.).....	50
HABL (C.).....	60
HADA (F.).....	30
HAKOBYAN (T.).....	66
HALLIDAY (T.).....	44

HALLIDAY (T.J.).....	36
HALVORSON (G.).....	70
HAUSSLER (B.).....	58
Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la Pauvreté.....	23
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	22
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	26, 52, 57
HAWE (E.).....	83
HEIDSIECK (E.).....	17
HEISS (F.).....	62
HELAKORPI (S.).....	44
HEMPEL (E.).....	58
HERMANGE (R.T.).....	52
HERNANDEZ-QUEVEDO (C.).....	77
HERVE (E.).....	50
HILL (J.).....	78
HIMANSHU SEKHAR (R.).....	76
HINDRIKS (J.).....	79
HIRSCH (M.).....	23
HOER (A.).....	58
HOLCMAN (R.).....	54
HURST (J.).....	26
HUSSON (M.C.).....	82

## I

IMBERNON (E.).....	39
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.).....	29
Institut Catholique de Lille.....	29
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).....	42, 43
Institut des Villes.....	50
Institut de Veille Sanitaire. (In.V.S.).....	34, 35
Institute for Labour Market Policy Evaluation. (I.F.A.U.).....	34
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).....	36, 44, 45, 76
Institute of Health Economics. (I.H.E.).....	83
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	24, 42
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.).....	49, 80
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....	26
Integrated Care Network. (I.C.N.).....	73
International Monetary Fund. (I.M.F.).....	17

## J

JACOB (R.).....	56
JEGOU (J.J.).....	65
JEMIAI (N.).....	66
JENSEN (P.J.).....	53
JOHANSSON (E.).....	44
JONES (A.J.).....	77

## K

KANAVOS (P.).....	64
KANG (L.).....	20
KEENAN (P.).....	37
KELLER (L.).....	61
KEPHART (G.).....	67
KERVASDOUE (J. de).....	5
KOUCHNER (B.).....	28, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 54, 60
KOURILSKY (P.).....	71
KRASNIK (A.).....	68
KREMER (M.).....	33

## L

LABEAGA (J.M.).....	45
LACROIX (Y.).....	61
LAFITTE (M.).....	65
LAMOUREUX (P.).....	25
LANG (K.).....	20, 80
LARCHER (G.).....	54
LAVALLEE (C.).....	42
LEBAS (J.).....	45
LECLERC (A.).....	74
LE COADIC (Y.F.).....	81
LEHOUX (P.).....	64
LEMIERE (J.).....	79
LENNE (R.C.).....	70
LE PEN (C.).....	58
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).....	62
LESIEUR (S.).....	74
LETABLIER (M.T.).....	78
LETHBRIDGE (L.).....	67
LEVY (D.M.).....	33
LITTELL (R.C.).....	77
LIVINEC (M.).....	61

LOISANCE (D.).....	52
LOMBRAIL (P.).....	54
LOONES (A.).....	24

## M

MAEDA (A.).....	66
MAISONNEUVE (H.).....	83
MAJUMDAR (S.).....	80
MAKAROVA (T.).....	66
MARDON (C.).....	39
MARGARYANTS (H.).....	66
MARGOSSIAN (N.).....	37
MARISSAL (J.P.).....	29
MARMOT (M.).....	44
MARTEL (P.A.).....	58
MATILLON (Y.).....	83
MATINE (B.).....	51
MAYS (N.).....	19
MCFADDEN (D.).....	62
MCGARRY (K.).....	75
MCKEE (M.).....	25
McMaster University.....	18
MELNICK (G.A.).....	69
MENDEL (P.).....	55
MERKUR (S.).....	66
MEYER (R.).....	67
MILLIKEN (G.A.).....	77
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).....	20, 39, 47, 53, 54, 56
Ministère de l'Economie - de l'Industrie et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.).....	63
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.).....	82
Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.).....	65
Ministère du Travail -des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	21
Ministry of Social Affairs and Health.....	61
MIZRAHI (An.).....	40
MIZRAHI (Ar.).....	40
MOLINA (J.A.).....	45
MONTEFIORI (M.).....	48
MOORE (M.).....	22
MORET (L.).....	54
MORGAN (S.L.).....	77
MOSSIALOS (E.).....	61, 62, 66, 73
MOUTOU (F.).....	26
MURPHY (G.T.).....	67

MYLES (G.D.)..... 79

## N

NAIDITCH (M.)..... 54  
NARAYAN C HANDRA (N.)..... 76  
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)  
..... 20, 22, 28, 32, 33, 36, 37, 43, 62, 68, 69, 70, 74, 75  
National Heart Lung and Blood Institute Information  
Center. (N.H.L.B.I.)..... 25  
National Institute for Public Health and the Environ-  
ment. (R.I.V.M.) ..... 59  
NAVARRO (M.)..... 45  
NAZARETYAN (M.) ..... 66  
NEIDELL (M.) ..... 32  
NHS Institute for Innovation and Improvement..... 76  
NIELSEN (M.B.) ..... 68  
NILSSON (J.P.)..... 34  
NOLTE (E.)..... 19  
NOLTES (E.)..... 66  
Norwegian University of Science and Technology..... 72

## O

O'BRIEN-PALLAS (L.)..... 67  
Observatoire Européen des Systèmes  
et Politiques de Santé..... 19, 47, 66, 68, 73  
Observatoire Français des Drogues  
et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)..... 47  
Observatoire National de la Pauvreté  
et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.) ..... 46  
Observatoire National sur les Effets  
du Rechauffement Climatique. (O.N.E.R.C.)..... 26  
O'DONNELL (C.J.) ..... 17  
Office of Health Economics. (O.H.E.)..... 73, 83  
Office Statistique des Communautés  
Européennes. (O.S.C.E.)..... 78  
Organisation de Coopération et de Développement  
Economiques. (O.C.D.E.)..... 26, 38, 55, 68, 81  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). 19, 24, 27,  
28, 47, 61, 62, 66, 67, 73  
Osterreichisches Bundesinstitut für  
Gesundheitswesen. (O.B.I.G.)..... 60

## P

PACKALEN (M.) ..... 75  
PALIER (B.) ..... 19  
PENICHEON (D.) ..... 76  
PERRAUDIN (C.) ..... 79  
PERRON (B.) ..... 43  
PETIT (H.) ..... 79  
PETO (V.) ..... 35  
Pharmaceutical Group of the European Union.  
(P.G.E.U.) ..... 60  
PISANI-FERREY (J.)..... 23, 30  
PLATANIA (J.M.)..... 21  
POUTOUT (G.)..... 57  
PRASADA RAO (D.S.) ..... 17  
Programme des Nations Unies  
pour le développement. (P.N.U.D.)..... 71  
PRUDHOMME (A.)..... 36

## R

RATHELOT (R.)..... 80  
RAYNER (M.) ..... 35  
REGNIER (F.)..... 51  
RELMAN (M.D.)..... 70  
REQUATE (T.) ..... 76  
Research Institute of the Finnish Economy ..... 44  
RESTA (M.)..... 48  
REYNAUD (D.)..... 30  
RICE (N.)..... 77  
RICHARDSON (E.)..... 66  
RICORDEAU (P.)..... 74  
RIEKER (P.P.)..... 45  
RIGAUD (A.)..... 34  
ROBERT (G.) ..... 55  
ROCHE (F.) ..... 21  
ROCHEFORT (R.)..... 61  
ROCHE (N.)..... 35  
RODHAIN (F.)..... 26  
ROOTMAN (I.)..... 44  
ROPERT (G.) ..... 18  
ROSEN (A.B.)..... 68  
RUHM (C.J.)..... 36

## S

SAFFER (H.) .....	33
SALMI (R.).....	74
SALTMAN (R.B.) .....	47
SASCO (A.) .....	74
SASSI (F.).....	26
SCARBOROUGH(P.).....	35
SCHABENBERGER (O.).....	77
SCHAUMANS (C.).....	50
SCHMIDT (C.M.).....	76
SCHMITT (E.).....	82
SCHREYOGG (J.).....	30, 65
SCHRIMPF (P.) .....	74
Sénat .....	20, 37
SENTILHES-MONKAM (A.) .....	53
SHEN (Y.S.).....	69
SICILIANI (L.) .....	56
SILLARD (P.).....	80
SINDELAR (J.L.) .....	37
SKAU (I.) .....	72
Smart Pharma Consulting .....	58
SMITH (P.).....	73
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.) .....	31
Société Française de Pharmacie Clinique (S.F.P.C.) .....	82
SORENSEN (C.).....	64
SRIVASTAVA (D.) .....	61
STANCIOLE (A.).....	56
STORZ (P.) .....	58
STRANDBERG-LARSEN (M.).....	68
STROBEL (P.).....	21
STROUP (W.W.).....	77
Swedish National Institute of Public Health. (S.N.I.P.H.).....	39

## T

TABUTEAU (D.).....	28, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 54, 60
TAMBER (W.) .....	55
TASCON-MENNETRIER (C.).....	50
TAUCHMANN (H.).....	76
TEKIN (E.) .....	41
TETART (C.).....	62
THOMAS (P.A.) .....	52
THOMSON (S.) .....	19
TISSOT (E.).....	82
TOLLEN (L.) .....	52

TOUFIK (A.).....	47
TOWN (R.).....	69

## U

ULMANN (P.).....	32
Universita del Piemonte Orientale.....	48
University of California.....	69
University of Hawaii .....	44
University of Mannheim.....	38
University of Melbourne.....	53
University of Oslo .....	72
University of York.....	56, 77
UUTELA (A.).....	44

## V

VALLGARDA (S.).....	68
VAN GORP (N.).....	63
VERGES (P.) .....	26
VERGNENEGRE (A.).....	35
VERHOEVEN (M.).....	17
VIGNERON (E.).....	50
VION (D.).....	63
VOGLER (S.).....	60
VOLKERINK (B.) .....	63
VOLKOFF (S.).....	39
VONCINA (L.).....	66
VRANGBAECK (K.).....	47, 68

## W

WAGSTAFF (A.) .....	31
WALKER (M.).....	41
WALLACE (S.).....	41
WALTER (S.) .....	55
WEBSTER (E.).....	53
WEINMANN (N.).....	63
WINSHIP (C.) .....	77
WINTER (J.).....	62
WITT (J.).....	53
WOLFINGER (R.D.).....	77
WU (V.).....	69

# Z

ZARIFIAN (E.) .....	60
ZUREIK (M.).....	35



## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**





# A

- ▶ **A.D.B.S.** (Association Des Professionnels De L'information Et De La Documentation)

25, rue Claude Tillier  
75012 Paris  
Tél. : 01 43 72 25 25  
Fax : 01 43 72 30 41  
Email : [adbs@adbs.fr](mailto:adbs@adbs.fr)  
<http://www.adbs.fr>

- ▶ **A.D.E.L.F.** (Association des Epidémiologistes de Langue Française)

INSERM U897, ISPED  
Université Victor Segalen Bordeaux 2  
Case 11  
146 rue Léo Saignat  
33076 Bordeaux  
Tél. : 05 57 57 45 27  
Fax : 33 (0)5 56 99 13 60  
Email : [adelf@isped.u-bordeaux2.fr](mailto:adelf@isped.u-bordeaux2.fr)  
<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/>

- ▶ **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>

# C

- ▶ **C.A.E.** (Conseil d'Analyse Economique)

Hôtel de Broglie  
35, rue St Dominique  
75007 Paris  
Tél. : 01 42 75 77 47  
Fax : 01 42 75 76 46  
Email : [c-carl@cab.premier-ministre.gouv.fr](mailto:c-carl@cab.premier-ministre.gouv.fr)  
<http://www.cae.gouv.fr/>

- ▶ **C.E.E.** (Centre d'Etude de l'Emploi)

Immeuble Le Descartes 1  
29, promenade Michel-Simon  
93166 Noisy-Le-Grand cedex  
Tél. : 01 45 92 68 97  
Fax : 01 49 31 02 44  
<http://www.cee-recherche.fr>

- ▶ **C.E.R.C.** (Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale)

113, rue de Grenelle  
75007 Paris  
Tél. : 01 53 85 15 00  
Fax : 01 53 85 15 21  
Email : [cerc@cerc.gouv.fr](mailto:cerc@cerc.gouv.fr)  
<http://www.cerc.gouv.fr>

- ▶ **C.E.S.** (Conseil Economique et Social)

9, avenue d'Iena  
75775 Paris cedex 16  
Tél. : 01 44 43 60 00  
Fax : 01 44 43 61 87  
<http://www.conseil-economique-et-social.fr/>

- ▶ **C.H.E.P.A.** (Centre for Health Economics and Policy Analysis)

Health Sciences Centre  
3H1 McMaster University 1200 Main Street West  
Hamilton  
Ontario, Canada L8N 3Z5  
Tél. : (905)-525-9140 ext.22122  
E-mail : [chepa@mcmaster.ca](mailto:chepa@mcmaster.ca)

- ▶ **C.H.S.R.F.** (Canadian Health Services Research Foundation) / **F.C.R.S.S.** (Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé)

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.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.N.O.P.** (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)

4, Avenue Ruysdaël  
75379 Paris Cedex 08  
Tél. : 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr>

**C.O.R.** (Conseil d'orientation des retraites)  
113, rue de Grenelle  
75007 Paris  
<http://www.cor-retraites.fr/>

- ▶ **C.R.E.D.O.C.** (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie)  
142, rue du Chevaleret  
75013 Paris  
Tél. : 01 40 77 85 01  
Fax : 01 40 77 85 33  
<http://www.credoc.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

#### ▶ **CATHOLIC UNIVERSITY OF LEUVEN**

Center for Economic Study  
Naamsestraat 69  
3000 Leuven  
Belgique  
Email: [ces@econ.kuleuven.be](mailto:ces@econ.kuleuven.be)  
<http://www.econ.kuleuven.be/ces/>

#### ▶ **COMMISSION EUROPÉENNE**

Direction générale Emploi et Affaires Sociales  
Unité «Communication»  
Centre de documentation  
B-1049 Bruxelles  
Belgique  
Fax : 00 32 2 296 23 93  
Publications DG Emploi et Affaires sociales :  
[empl-info@cec.eu.int](mailto:empl-info@cec.eu.int)  
**Commission européenne** : [http://europa.eu.int/comm/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/index_fr.htm)  
DG Emploi et affaires sociales : [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/index\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_fr.html)

#### ▶ **COMMISSION 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)

#### ▶ **COMMONWEALTH FUND (THE)**

One east 75<sup>th</sup> street  
New York, NY 10021.2692  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 535 0400  
Fax : 00 1 212 606 3500  
email : [cmwf@cmwf.org](mailto:cmwf@cmwf.org)  
<http://www.cmwf.org>

## D

#### ▶ **D.O.H.** (Department of Health)

Customer services  
Richmond House  
79 Whitehall  
London SW1A 2NS  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 020 7210 4850  
Email : [dhmail@dh.gsi.gov.uk](mailto:dhmail@dh.gsi.gov.uk)  
[http:// http://www.doh.gov.uk/](http://http://www.doh.gov.uk/)

#### ▶ **DEPARTMENT OF HEALTH** (Nouvelle Ecosse)

Service Publications  
P.O. Box 637, Halifax  
Nova Scotia, B3J 2T3  
Canada

#### ▶ **DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT**

Kennedyallee 40  
53175 Bonn  
Telefon: 0228/885-1  
Telefax: 0228/885-2777  
Email: [postmaster@dfg.de](mailto:postmaster@dfg.de)  
<http://www.dfg.de>

#### ▶ **DOCUMENTATION FRANÇAISE (LA)**

Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

▶ **DOCUMENTATION FRANÇAISE (LA)**  
(par correspondance ou par fax)  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

## E

▶ **E.U.R.O.R.D.I.S** (EUropean Organization For Rare DISease)  
Hôpital Broussais  
Plateforme Maladies Rares  
Bâtiment Gaudart d'Allaines  
102, rue Didot (entrée par le 96)  
75014 Paris  
Tél. : 01 56 53 52 10  
[http://www.eurordis.org/secteur.php3?id\\_rubrique=10](http://www.eurordis.org/secteur.php3?id_rubrique=10)

▶ **ECONOMICA**  
Editions Techniques et Scientifiques  
49, rue Héricart  
75015 Paris  
Tél. : 01 45 78 12 92  
Fax : 01 45 75 05 67

▶ **EDITIONS DE L'AUBE**  
Le Moulin du Château  
BP32  
84240 La-Tour-d'Aigues  
Tél. : 04 90 07 46 60  
Fax : 04 90 07 53 02  
<http://www.aube.lu/web3/pages/1024/frameset.html>

▶ **EDITIONS DE SANTÉ**  
49, rue Galilée  
75116 Paris  
Tél. : 01 40 70 16 15  
<http://www.editionsdesante.fr/>

▶ **ÉDITIONS DUALPHA**  
BP 58  
77522 Coulommiers cedex  
Tél. : 01 64 65 50 23  
<http://www.dualpha.com/>

▶ **EDITIONS DUNOD**  
5, rue Laromiguière  
75005 Paris  
Tél. : 01 40 46 35 00  
Fax : 01 40 46 49 95  
Email : [infos@dunod.com](mailto:infos@dunod.com)  
<http://www.dunod.com>

▶ **E.N.S.P.** (Ecole Nationale de Santé Publique)  
Est devenu **E.H.E.S.P.** (Ecole des hautes Etudes en santé Publique)  
Avenue du Professeur Léon-Bernard  
35043 Rennes  
Tél. : 02 99 54 90 98  
Fax : 02 99 54 22 84  
<http://www.editions.ensp.fr>  
<http://www.ehesp.fr/>

▶ **EDITIONS HARMATTAN (L')**  
5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique  
75005 Paris  
Tél. : 01 43 54 79 14  
Fax : 01 43 29 86 20  
<http://www.editions-harmattan.fr>

▶ **EDITIONS LAMARRE**  
Groupe Liaisons  
1 Avenue Edouard Belin  
92856 Rueil Malmaison cedex  
Tél. : 01 41 29 77 01

▶ **EDITIONS MÉDECINE-SCIENCES FLAMMARION**  
Le sequana  
87 quai Panhard et Levassor  
75 647 Paris cedex 13  
Tél. : 01 40 51 30 08  
Fax : 01 43 25 01 18  
<http://medecine.flammarion.com/>

▶ **ELON UNIVERSITY**  
Department of Economics  
2075 Campus Box  
Elon, NC 27244  
Etats-Unis  
<http://www.elon.edu/econ>

▶ **EULER HERMÈS**  
1 rue Euler  
75715 Paris cédex 08  
Tél. : 01 40 70 50 54  
<http://www.eulerhermes.com/france>

▶ **EUROPEAN HEART NETWORK**  
AISBL,  
Rue Montoyer 31  
B-1000 Brussels  
Belgique  
Email: [info@ehnheart.org](mailto:info@ehnheart.org)  
<http://www.ehnheart.org/content/>

▶ **EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES**  
(Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé)  
O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)  
Rue de l'Autonomie 4  
B-1070 Bruxelles  
Tél. : +32 2 525 09 35  
Fax: +32 2 525 0936  
Email: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

## F

▶ **F.H.F.** (Fédération Hospitalière de France)  
1, bis rue Cabanis  
75014 Paris  
Tél. : 01 44 06 84 44  
Fax : 01 44 06 84 45  
<http://www.fhf.fr>

▶ **F.N.G.** (Fondation Nationale de Gériatrie)  
49, rue Mirabeau  
75016 Paris  
Tél. : 01 55 74 67 14 / 04  
Fax : 01 55 74 67 01  
Email : [contact@fng.fr](mailto:contact@fng.fr)  
<http://www.fng.fr/>

▶ **FONDAZIONE ENI ENRICO MATTEI**  
Corso Magenta, 63  
20123 Milano  
Italie  
Email : [working.papers@feem.it](mailto:working.papers@feem.it)  
<http://www.feem.it/Feem/default.htm>

## G

▶ **GEORGETOWN UNIVERSITY HEALTH POLICY INSTITUTE**  
Box 571444  
3300 Whitehaven Street, N.W., Suite 5000  
Washington, DC 20057-1485  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 687 0880  
Fax : 00 1 202 687 3110  
<http://ihcrp.georgetown.edu/>

▶ **GERMAN INSTITUTE FOR ECONOMIC RESEARCH /DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (D.I.W.)**  
Königin-Luise-Str. 5  
14195 Berlin  
Allemagne  
Tél. : 00 49 30 897 89 0  
Fax : 00 49 30 897 89 200  
<http://www.diw.de>

## 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/portail/display.jsp?id=j\\_5](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5)

- HAUT COMMISSAIRE AUX SOLIDARITÉS ACTIVES CONTRE LA PAUVRETÉ**  
 59 avenue de Ségur  
 75007 Paris  
 Tél. : 01 44 38 14 00  
<http://www.grenelle-insertion.fr/>
  
- H.C.A.A.M.** (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie)  
 Adresse postale :  
 Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports  
 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
 14 avenue Duquesne  
 75350 Paris 07 SP  
 Tél. : 01 40 56 56 00  
 Fax 01 40 56 59 55  
 Locaux HCAAM:  
 Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports  
 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
 7 rue Saint-Georges - 5ème étage  
 75009 Paris  
<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>
  
- HERAL**  
 44, rue Jules Ferry  
 94784 Vitry-sur-Seine Cédex  
 Tél. : 01 45 73 69 20
  
- I.C.N.** (Integrated Care Network)  
 221 Wellington House  
 133-155 Waterloo road  
 London SE1 8 UG.  
 Royaume Uni  
 Tél. : 007 972 4095  
<http://www.icn.csip.org.uk>
  
- I.F.M. / F.M.I.** (Fonds Monétaire International)  
 700 19th Street, N.W.,  
 Washington, D.C. 20431  
 Etats-Unis  
 Tél. : (202) 623-7430  
[publications@imf.org](mailto:publications@imf.org)  
<http://www.imf.org/>
  
- I.H.E.** (Institute of Health Economics)  
 1200 -10405 Jasper Avenue  
 Edmonton, Alberta  
 Canada T5J 3N4  
 Tél. : 00 1 780 448 4881  
 Fax : 00 1 780 448 0018  
<http://www.ihe.ca/>
  
- I.N.P.E.S.** (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)  
 (Ex : CFES, *Centre Français d'Education pour la Santé*)  
 42, Bd de la Libération  
 93203 St Denis cedex  
 Tél. : 01 49 33 22 22  
<http://www.inpes.sante.fr>

## I

- I.C.I.S.** (Institut Canadien d'Information sur la Santé) / **C.I.H.I.** (Canadian Institute for Health Information)  
 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>
  
- I.N.S.E.E.** (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
 18, boulevard Adolphe-Pinard  
 75675 Paris cedex 13  
 Tél. : 01 41 17 50 50  
<http://www.insee.fr>  
 Diffusion : Insee Info Service  
 Tour Gamma A  
 195, rue de Bercy  
 75582 Paris cedex 12  
 Tél. : 01 41 17 66 11 / 0825 889 452  
 Fax : 01 53 17 88 09  
[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)

▶ **I.N.V.S.** (Institut de Veille Sanitaire)

12 rue du Val d'Osne  
94415 St Maurice cedex  
Tél. : 01 41 79 67 00  
Fax : 01 41 79 67 67  
<http://www.invs.sante.fr>

▶ **I.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

▶ **IMPACT PHARMACIEN**

152 av Malakoff  
75016 Paris  
Tél. : 01 53 93 36 45  
Fax: 01 53 93 36 99

▶ **INSERM** (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)

*Service Editions Librairie*  
101, rue de Tolbiac  
75013 Paris  
Tel. : 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/>

▶ **INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-UND SOZIALFORSCHUNG**

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
Allemagne  
Tél. : +49-(0)30 / 230 80 90  
Fax: +49-(0)30 / 230 80 911  
Email: [iges@iges.de](mailto:iges@iges.de)  
<http://www.iges.de>

▶ **INSTITUTE FOR LABOR MARKET POLICY**

Kyrkogårdsgatan 6  
Box 513  
S-751 20 Uppsala  
Suède  
Tél. : +46(0)18 - 471 70 70  
Email: [ifau@ifau.uu.se](mailto:ifau@ifau.uu.se)  
<http://www.ifau.se>

▶ **INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA**

Centre for Health Promotion  
Trubarjeva 2  
1000 Ljubljana  
Slovénie

▶ **I.Z.A.** (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9  
PO Box 7240  
53072 Bonn  
Allemagne  
Tél. : 00 49 228 3894 0  
Fax : 00 49 228 3894 510  
Email : [iza@iza.org](mailto:iza@iza.org)  
<http://www.iza.org/>

## J

▶ **JOSSEY BASS INC**

Wiley Imprint  
989 Market Street  
San Francisco  
California 94103-1741  
Etats-Unis  
<http://www.josseybass.com/WileyCDA/>

## K

- ▶ **KCE** (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé)  
Résidence Palace  
Wetstraat 155  
Rue de la Loi  
B-1040 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 287 33 88  
<http://www.kenniscentrum.fgov.be>

## L

- ▶ **L.E.E.M.** (Les Entreprises du Médicament)  
(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)  
88, rue de la Faisanderie  
75016 Paris  
Tél. : 01 45 03 88 88  
<http://www.leem.org>

## M

- ▶ **M.I.N.E.F.E** (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi)  
**Direction Générale des Entreprises**  
12, rue Villiot  
755712 Paris  
Tél. : 01 40 04 04 04  
Fax : 01 53 18 96 48  
[http://www.industrie.gouv.fr/portail/une/index\\_esse.html](http://www.industrie.gouv.fr/portail/une/index_esse.html)

- ▶ **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/>
- ▶ **MELBOURNE INSTITUTE OF APPLIED ECONOMICS AND SOCIAL RESEARCH**  
Alan Gilbert Building  
The University of Melbourne Parkville  
Victoria 3010  
Australie  
Tél. : +61 3 8344 2100  
Fax: +61 3 8344 2111  
<http://www.melbourneinstitute.com>
- ▶ **MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ**  
8, av. de Ségur  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 56 60 00  
Fax : 01 40 56 54 25  
<http://www.sante.gouv.fr>
- ▶ **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 des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité  
Ministères de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées  
8, av. de Ségur  
75350 Paris cedex SP  
Tél. : 01 40 56 60 00  
<http://www.sante.gouv.fr>
- ▶ **MIT PRESS (THE)**  
Massachusetts Institute of Technology  
Five Cambridge Center  
Cambridge, Massachusetts 02142-1493  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 617 253 5646  
Fax : 00 1 617 258-6779  
<http://mitpress.mit.edu>

▶ **MUNICH PERSONAL REPECH ARCHIVE**

Munich University Library  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 Munich  
Allemagne  
<http://mp.ra.ub.uni-muenchen.de/>

▶ **NORWEGIAN UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY**

Department of Economics  
N -7491 Trondheim  
Norvège  
<http://www.svt.ntnu.no>

N

O

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

1050 Massachusetts Avenue  
Cambridge MA 02138  
Etats Unis  
Tél. : 001 617 588 0315  
Fax : 001 617 441 3895  
<http://www.nber.org>

▶ **O.B.I.G.** (Osterreichisches Bundesintitut für Gesundheitswesen)

Stubenring 6  
A-1010 Wien  
Autriche  
Tél. : 00 43 1 515 610  
Fax : 00 43 1 513 84 72  
Email : [oebig@oebig.at](mailto:oebig@oebig.at)  
<http://www.oebig.org/>

▶ **N.H.L.B.I.** (National Heart, Lung and Blood Institute) **INFORMATION CENTER**

PO Box 30105  
Bethesda MD 20824-0105  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 301 592 8573  
Fax : 00 1 301 592 8563  
Email : [nhlbiinfo@nhlbi.nih.gov](mailto:nhlbiinfo@nhlbi.nih.gov)  
<http://www.nhlbi.nih.gov/>

▶ **O.C.D.E.** (Les Editions)

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

Les publications sont diffusées par...

**Librairie de l'OCDE en ligne**

Pour acheter en ligne monographies et publications en série

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

**Documents en ligne :**

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

**Autres diffuseurs...**

**Monographies**

Documentation Française (La)

Librairie de Paris

29, Quai Voltaire

75007 Paris

Tél. : 01 40 15 71 10 - Fax : 01 40 15 72 30

email : [libparis@ladocfrancaise.gouv.fr](mailto:libparis@ladocfrancaise.gouv.fr)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> =>

rechercher sur « OCDE »

**Abonnements** (publications en série,

documents de travail... ) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive

Stratton Business Park

Biggleswade

Bedfordshire, SG18 8TQ

Royaume-Uni

▶ **NATIONAL INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH AND THE ENVIRONMENT**

PO Box 1  
3720 Bilthoven  
Pays Bas  
Tél. : +31 30 274 9111  
<http://www.rivm.nl/en/>

▶ **NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT**

Coventry House  
University of Warwick Campus  
Coventry  
CV4 7AL  
Royaume-Uni  
Email: [enquiries@institute.nhs.uk](mailto:enquiries@institute.nhs.uk)  
<http://www.institute.nhs.uk>



Tél. : 00 44 1767 604 800  
Fax : 00 44 1767 601 640  
Email : [custserv@turpin-distribution.com](mailto:custserv@turpin-distribution.com)  
<http://www.turpin-distribution.com>  
**Consultation des documents** : à la  
Documentation Française

► **O.F.D.T.** (Office Français des Drogues et des Toxicomanies)

3, av. du Stade de France  
93218 St Denis La Plaine cedex  
Tél. : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Email : [information@ofdt.fr](mailto:information@ofdt.fr)  
<http://www.drogues.gouv.fr>

► **O.H.E.** (Office of Health Economics)

12 Whitehall  
London SW1A 2DY  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7747 8850  
Fax : 00 44 171 747 1419  
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>

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

Avenue Appia  
CH 1211 Genève 27  
Suisse  
Tél. : 00 41 22 791 21 11  
<http://www.who.int/en/>  
<http://bookorders.who.int/bookorders/index.htm>(diffuseurs en France)

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

Bureau régional de l'Europe  
8, Scherfigsvej  
2100 Copenhague  
Danemark  
Tél. : 00 45 39 17 17 17  
Fax : 00 45 39 17 18 18

► **O.N.U.** (Organisation des Nations Unies)

Publication Room DC2-853  
New York 10017  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 963 8302  
<http://www.un.org/Publications>

► **OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES**

2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
Tél. : 00 352 29 29-1  
Fax: 00 352 29 29-44619  
[http://publications.europa.eu/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/index_fr.htm)  
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 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

► **POLICY PRESS (THE)**

Fourth Floor Beacon House  
Queen's road  
Bristol BS8 1QU  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 117 331 4054  
Fax : 00 44 117 331 4093  
<http://www.policypress.org.uk>

► **PUBLIC AFFAIRS**

c/o Perseus Distribution Services (PDS)  
1094 Flex Dr.  
Jackson, TN 38301  
Etats-Unis  
International Customers Fax: 731-935-7731  
Email: [PublicAffairsOrders@perseusbooks.com](mailto:PublicAffairsOrders@perseusbooks.com)  
<http://www.publicaffairsbooks.com/>

► **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/>

## R

► **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/>

► **RESEARCH INSTITUTE OF THE FINNISH ECONOMY**

Lonnrotinkatu 4 B  
00120 Helsinki  
Finlande  
Tél. : 358 9 609 900  
<http://www.etla.fi/>

► **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/>

► **ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION**

PO Box 2316

College Road East and Route 1  
Princeton NJ 08543-2316  
Tél. : 888 631-9989  
<http://www.rwjf.org>

## S

► **SAS INSTITUTE**

SAS Campus Drive  
Cary, North Carolina 27513  
Etats-Unis  
Diffuseur France : SAS France  
Service Documentation  
Domaine de Grégy  
Grégy-sur-Yerres  
77257 Brie Comte Robert Cedex  
[publication@fra.sas.com](mailto:publication@fra.sas.com)

► **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/>

► **S.F.P.C.** (Société Française de Pharmacie Clinique)

Hôpital Haut-Levêque  
Avenue Magellan  
33604 Pessac cedex  
Tél. : 05 57 65 64 95  
<http://www.adiph.org/sfpc/>

► **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>

► **SEUIL (LE) EDITIONS**

27, rue Jacob  
75261 Paris 06  
Tél. : 01 40 46 50 50 - Fax : 01 40 46 43 00  
<http://www.seuil.com/>

► **SMART PHARMA CONSULTING**

1, rue Houdart de Lamotte  
75015 Paris  
Tél. : 06 11 96 33 78  
Email : [jmpeny@smart-pharma.com](mailto:jmpeny@smart-pharma.com)

► **SPRINGER-VERLAG NEWYORK**

175 5th Ave  
New York, NY 10010  
USA  
Tél. : +1 212-477-8200  
<http://www.springer.com>

► **SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH**

Distribution  
SE-120 88 Stockholm  
Suède  
Email : [fhi@strd.se](mailto:fhi@strd.se)  
[http:// www.fhi.se](http://www.fhi.se)

## T

► **TERRITORIAL EDITIONS**

BP 215  
38506 Voiron cédex  
<http://www.territorial.fr>

## U

► **URBAN & VOGEL**

Neumarkterstraße  
43, München 81673  
Allemagne  
Tél. : (089) 43 72 13-00  
Email : [verlag@urban-vogel.de](mailto:verlag@urban-vogel.de)  
<http://www.urban-vogel.de/cda/DisplayHome.do>

► **UNIVERSITA DEL PIEMONTE ORIENTALE AMADEO AVOGRADO**

Department of Public Policy and Public Choice  
Via Cavour 84  
15100 Alessandria  
Italie  
<http://polis.unipmn.it/index.php>

► **UNITED NATIONS/ ONU**

Publication Room DC2-853  
New York 10017  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 963 8302  
<http://www.un.org/Publications>

► **UNIVERSITÉ PARIS 1 PANTHÉON SORBONNE**

12 place du Panthéon  
75231 Paris Cédex 05

► **UNIVERSITY OF HAWAII AT MANOA**

Department of Economics  
2424 Maile Way  
Saunders Hall Room 542  
Honolulu, Hawaii  
U.S.A. 96822  
Etats-Unis  
<http://www.economics.hawaii.edu>

► **UNIVERSITY OF YORK**

Department of economics and related studies  
York  
Y010 5DD  
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

---

